

DU
SYNDROME DE MÉNIÈRE
CHEZ LES JEUNES SUJETS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

XAVIER PLANAT

Né le 8 Novembre 1869, à Volvere-Ville (Puy-de-Dôme)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1895

DU
SYNDROME DE MÉNIÈRE
CHEZ LES JEUNES SUJETS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

XAVIER PLANAT

Né le 8 Novembre 1869, à Vollore-Ville (Puy-de-Dôme)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, II.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LÉPINE Président; M. SOULIER Assesseur; MM. LANNOIS et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A M. ALEXANDRE LIANDON

ET A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR LÉPINE

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANNOIS

INTRODUCTION

Quelques auteurs maintiennent encore une distinction entre la maladie ou vertige de Ménière causé par une lésion labyrinthique, et le vertige auriculaire, *ab aure læsa*, plus particulièrement lié aux affections de la caisse et de l'oreille externe.

Cette classification n'a qu'une valeur anatomique ; cliniquement, il est presque toujours difficile et parfois impossible de distinguer le vertige auriculaire du vertige labyrinthique « au point de vue symptomatique... les différences sont insignifiantes¹. » On a vu les grandes formes classiques coïncider avec la présence dans le conduit d'un bouchon cérumineux (Féré) avec la sclérose de la caisse et des fenêtres ovale et ronde (Gellé) ; l'an-

¹ Du vertige de Ménière (*Lyon médical*, 1887, n° 41).

kylose des osselets (Lannois) et cela en l'absence de toute lésion notable du labyrinthe. En somme « il n'y a pas plus une maladie de Ménière qu'il n'y a une épilepsie, il y a seulement un syndrome de Ménière, lié à la lésion ou à l'irritation de certaines parties de l'appareil auditif » (Lannois).

Ce syndrome est constitué par le vertige¹, phénomène principal, les bourdonnements et la surdité « rapidement progressive » (Gellé), signes constants dans les formes classiques ; presque toujours un état nauséeux et semi-syncopal d'une durée variable, complète le tableau symptomatique.

Depuis la découverte de Ménière, les phénomènes vertigineux d'origine aurale ont été bien étudiés tant en France qu'à l'étranger. Trousseau, le professeur Hardy, Germain Sée en ont fait l'objet d'importantes leçons ; de remarquables mémoires dus à Swanzy, à Knapp et Moos à Guye (d'Amsterdam), à Labadie-Lagrave, au professeur Duplay ; les thèses de Voury, de Bonnenfant, de Lhuissier, de Léo, de Bertrand, etc., une grande partie de celle de M. Weill ont contribué à en faire connaître la seméiologie et le diagnostic. M. Charcot² a étudié et

¹ Toutes les manifestations vertigineuses liées, aux affections du labyrinthe, de la caisse ou de l'oreille externe, seront réunies dans le cours de ce travail sous la dénomination collective de vertige auriculaire.

² *Progrès Médical*, 1875.

décrit la forme continue, institué le traitement spécifique de l'affection. Les remarquables recherches de M. Gellé ont éclairé d'un jour nouveau la pathogénie et l'anatomie pathologique et ont permis d'envisager différemment le pronostic ; mais toutes ces études ont uniquement porté sur le vertige de l'adulte qui semble seul avoir attiré l'attention des observateurs.

C'est à notre maître, M. le professeur agrégé Lannois, que revient l'honneur d'avoir le premier signalé dans un article récent (*Lyon médical*, 1893, n° 12) le syndrome de Ménière survenant en pleine santé chez les enfants ; il en donnait quatre observations que l'on trouvera reproduites dans notre thèse, et qui paraissent démonstratives. Il insistait avec raison sur l'importance du diagnostic et rapportait à une disposition anatomique, spéciale à l'âge, la cause de la rareté relative de ces vertiges.

C'est sous l'inspiration de M. Lannois que cette thèse a été entreprise, nous nous proposons d'y étudier le syndrome de Ménière, non pas seulement chez l'enfant, mais aussi dans l'adolescence.

Voici la division que nous avons adoptée dans ce travail :

Nous débuterons en donnant une description suffisamment développée des principales formes vertigineuses observées chez l'adulte.

La première partie du second chapitre est destinée au

syndrome de Ménière se montrant dans le cours des affections aiguës chez les jeunes sujets, la seconde partie, à ses manifestations dans l'état de santé et à la publication de nos observations.

La Pathogénie fait l'objet du troisième chapitre, le quatrième est consacré à la question si importante du diagnostic ; enfin, nous avons cru devoir donner, dans le cinquième, une idée succincte du traitement et du pronostic.

M. le professeur Lépine a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, c'est un honneur dont nous sentons tout le prix.

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons été attaché à son service, nous avons pu profiter de ses savantes leçons, apprécier sa constante bienveillance, c'est pour nous le plus agréable des devoirs que de lui faire hommage de ce modeste travail et de lui exprimer ici notre respectueuse gratitude.

A M. le professeur agrégé Lannois revient l'idée première de cette étude dont il a guidé et surveillé l'élaboration avec un zèle et une sollicitude pour lesquels nous ne saurions trop le remercier. Il a mis à notre disposition, avec une complaisance et un désintéressement rares, sa bibliothèque, ses notes, ses observations ; en outre, nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus encourageant et les précieux conseils de son expérience en pathologie spéciale ; il nous permettra, je l'espère, d'asso-

cier dans notre dédicace, son nom à celui de M. le professeur Lépine comme un faible témoignage de notre reconnaissance.

Nous ne terminerons pas sans adresser nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté de Lyon pour l'intérêt et l'obligeante bonne grâce qu'ils nous ont toujours montrés et dont nous emporterons le plus respectueux et le meilleur souvenir.

DU

SYNDROME DE MÉNIÈRE

CHEZ LES JEUNES SUJETS

CHAPITRE PREMIER

Du Syndrome de Ménière chez l'adulte.

Les manifestations du vertige auriculaire sont susceptibles de revêtir chez l'adulte deux formes principales :

- 1° Une forme paroxystique décrite par Ménière.
- 2° Une forme continue, différenciée et étudiée par M. Charcot.

A ces deux types classiques nous ajouterons la forme atténuée, de beaucoup la plus fréquente.

Quelles que soient les circonstances au milieu desquelles débute l'attaque de vertige, un de ses caractères les plus nets est sa soudaineté. Souvent en pleine santé sans bourdonnement préalable ni lésion connue de l'oreille, fréquemment au milieu d'un repas le malade a entendu tout à coup un bruit d'une violence et d'une intensité assourdissantes ; cette sorte d'aura marque le début des phénomènes vertigineux : le malade voit tout tourner autour de

lui, il lui semble que le sol vacille et s'entr'ouvre, que les murs de l'appartement ou des maisons voisines s'inclinent et vont l'écraser ; d'autres fois, il se sent attiré avec force en avant ou en arrière, ou bien il lui semble être en proie à de violentes sensations de tournoiement, le plus souvent il tombe ou bien il s'accroche désespérément aux objets ou aux personnes qui l'entourent.

Après un temps variable, le malade pâle et couvert de sueur sent peu à peu le vertige s'éloigner, il n'a pas perdu connaissance et pourra rendre compte minutieusement de ses sensations à moins que la soudaineté de sa chute n'ait déterminé un évanouissement.

Dans beaucoup de cas, surtout après les grands accès, le malade reste pendant quelque temps dans un état semi-syncopal et se plaint de maux de tête. Les nausées, les vomissements en général peu abondants sont presque la règle. Cet état se prolonge pendant quelques heures, voire même deux ou trois jours.

La surdité ne s'établit, le plus souvent qu'après une série d'attaques, elle peut cependant être absolue dès la première ; le plus souvent la capacité auditive, diminuée dès le premier accès, va peu à peu en disparaissant après chaque nouveau paroxysme.

Telle est l'attaque classique, présentant au complet le groupement pathologique qui constitue le syndrome de Ménière et que les Allemands ont nommé « surdité apoplectiforme » en raison de sa violence et de sa soudaineté.

Les crises de vertige auriculaire sont loin de se ressembler chez tous les sujets et elles varient en fréquence en intensité et en durée chez le même malade.

Les bruits subjectifs qui peuvent dans bien des cas pré-

céder de plusieurs mois l'apparition du vertige donnent lieu aux sensations les plus diverses. Fréquemment ils sont comparés au sifflement d'une locomotive ou d'un jet de vapeur; d'autres fois au roulement des voitures, au bourdonnement d'une abeille, à un bruit de rivière ou de coquillage, « au carillon des cloches, au chant aigu des oiseaux, au fracas que l'on produirait en agitant violemment un sac rempli de clous ou de noix, au bruit de la mer, d'une chaudière à vapeur, à l'explosion d'une fusillade ou d'un feu d'artifice¹ », une malade entendait des chants, (Palasne de Champeaux) un autre, une musique militaire. (M. Lannois, communication orale.)

Ces bruits, qui toujours précèdent le vertige de plus ou moins longtemps, acquièrent toute leur intensité pendant l'accès. Ils diminuent peu après, mais non jusqu'à disparaître. Exceptionnellement on les a vus cesser au milieu du paroxysme (Gellé²).

Les sensations peuvent, elles aussi, varier à l'infini, leur étude sera mieux placée avec celle de la forme continue.

Parfois les accès se rapprochent, les crises deviennent subintrantes avec persistance d'un état vertigineux dans l'intervalle des accès pouvant durer huit ou dix jours, puis tout rentre dans l'ordre. C'est là, toutefois, un acheminement à la forme continue, qui ne survient, il faut le dire, que rarement, et dans tous les cas toujours précédée de la forme paroxystique (Weill).

¹ Axenfeld et Huchard, *Traité des Névroses*, p. 260.

² Gellé, du Vertige de Ménière (*Arch. de Neurologie*, 1883, obs. XVI).

La forme continue présente une atténuation des symptômes décrits à la grande attaque, mais tout le processus paroxystique est susceptible de se réveiller sous l'influence de certaines excitations avec sa violence primitive. L'état vertigineux constant est donc une forme continue avec paroxysme.

Le malade atteint de la forme continue croit vivre dans une oscillation perpétuelle. Tantôt ce sont des sensations de tournoiement, tantôt des mouvements de roulis ou de tangage, d'élévation ou d'abaissement pareils au balancement de l'escarpolette; ils se continuent parfois dans le sommeil sous forme de bercement. Quelques malades n'éprouvent qu'une certaine instabilité d'équilibre qui leur donne « un air appliqué et préoccupé¹ » dès qu'on les fait marcher : ils avancent avec une extrême prudence, les bras tendus parallèlement de chaque côté du corps, en façon de balancier, écartant les jambes le plus possible afin d'élargir leur base de sustentation. Au bout de quelques pas ils se mettent à tituber et tomberaient si on n'y prenait garde.

Les paroxysmes éclatent au milieu de cet état de vertige constant. Ils sont quelquefois provoqués par les causes les plus insignifiantes. N'a-t-on pas vu survenir des secousses violentes sous l'influence du changement de direction du regard ?

Le malade sent tout à coup le lit sur lequel il repose, la chaise sur laquelle il est assis se briser sous lui et disparaître par le plancher effondré; d'autres fois il se croit

¹ Fère et Demars, Note sur la maladie de Ménière (*Revue de Médecine*, 1881, p. 799).

élevé en l'air par les pieds, la tête en bas (le peintre syphilitique de Charcot); un malade éprouvera un mouvement giratoire autour de son axe vertical, tantôt à gauche tantôt à droite, ou bien il sera précipité violemment d'avant en arrière ou d'arrière en avant; un autre sera animé d'un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal (mouvement de tourne broche); il semblera à celui-ci qu'il exécute une culbute sur le tremplin, à celui-là qu'il tourne autour de la barre d'un trapèze. Une malade de Charcot « (M^{me} de la B...) croyait tomber d'une colonne comme la Bastille. La chute se faisait en avant (saut périlleux en avant). Elle éprouvait très nettement et séparément chaque culbute. A mesure qu'elle approchait du fond de l'abîme le mouvement se précipitait¹. »

Quelques-uns de ces malades ne veulent pas sortir de leur lit où les confine l'état de frayeur continue dans lequel ils vivent; ils s'y établissent, « s'y calent » avec tous les oreillers et les coussins qu'ils peuvent trouver, et donnent les signes de la plus vive terreur dès qu'on s'approche d'eux ou qu'on les touche.

L'alitement et le besoin impérieux de stabilité ne sont cependant pas la règle absolue. M. Lannois a vu des malades chez lesquelles le mouvement atténuait ou faisait disparaître les phénomènes vertigineux. Il veut bien nous communiquer les deux observations suivantes. Nous les résumons.

Une malade, nommée V..., âgée de trente-cinq ans fut atteinte de vertige de Ménière, à la suite de lésions

traumatiques de l'oreille droite (elle s'était enfoncé une aiguille de bas dans l'oreille quelques années auparavant). Elle présenta des accès paroxystiques, puis la forme continue s'établit. Dans le service de M. Lépine où cette malade fut internée, elle ne pouvait rester dans son lit à cause du mouvement incessant auquel elle se figurait être soumise, elle passait des journées entières à se promener dans la salle.

M^{me} A. M..., cinquante-neuf ans. Bien qu'elle n'ait jamais eu d'accès paroxystiques et qu'elle ne soit jamais tombée, était atteinte de la forme continue du vertige auriculaire et présentait les mêmes phénomènes que la précédente ; elle marchait parfois de huit à dix heures de suite prétendant éviter ainsi son vertige.

L'état général des sujets atteints de vertige reste bon et n'est pas influencé par les attaques, nous faisons exception toutefois pour la forme continue qui oblige parfois les malades à rester au lit : l'angoisse perpétuelle provoquée par les sensations terrifiantes au milieu desquelles ils vivent et l'immobilité ont un retentissement fâcheux sur l'organisme.

Dans les formes graves apoplectiques du syndrome de Ménière, les malades peuvent dans leur chute se fracturer les os du nez, les dents, etc. C'est là la complication la plus fréquente ; on a noté aussi la paralysie faciale (th. de Léo, de Brunner, de Bonnenfant) « et un état de prostration analogue à celui de la fièvre typhoïde (observation de M. Hardy) » (Weill, p. 41). On a signalé encore l'agoraphobie. « Dubosc craint l'espace et marche mieux dans un chemin étroit que dans une rue large. Etant à la campagne, il lui arrivait d'avoir peur, elle prenait un élan

de folle, se cramponnait à un arbre et attendait quelqu'un pour la suivre » (*Id.* Weill. p. 41).

La forme atténuée n'est pas susceptible, en raison de l'absence souvent fréquente de quelqu'un des termes que l'on est habitué à considérer comme constants dans le vertige de Ménière, d'être encadrée comme les types précédents dans une description suivie plus ou moins variable dans les détails et avec les individus, mais exacte cependant dans les grandes lignes.

La forme apoplectique, la forme continue du syndrome de Ménière sont rares; ce qui se rencontre, mais alors avec un degré de fréquence étonnant, c'est le type atténué. En feuilletant l'importante collection d'observations que M. Lannois avait mise à notre disposition, nous avons trouvé notés dans un très grand nombre de cas des « vertiges légers », des « bourdonnements avec vertige », ou bien « le malade se plaint d'étourdissements fréquents ». Le type atténué correspond, en somme, à tous les phénomènes vertigineux que l'on englobait autrefois, sous la dénomination de vertiges auriculaires.

Voici quelques faits qui en donneront une idée suffisante :

Un individu est pris tout à coup au milieu de son repas d'un étourdissement qui lui fait incliner la tête en avant ou en arrière, au bout de quelques minutes, moins que cela, quelques secondes, tout est passé; il a parfois des nausées et il remarque que ce vertige survient toujours en mangeant, et souvent, sur l'avis de son médecin, il soigne son estomac, le croyant la cause de ses malaises. Un autre, en se relevant vivement, après s'être baissé, ou en tournant la tête brusquement, éprouvé de l'instabilité

d'équilibre; des sensations de rotation des objets et du sol; les mêmes phénomènes se manifestent souvent au lever.

Certains malades traversant une rue, un appartement, sont atteints brusquement, d'une incertitude passagère de la marche, ils titubent, il leur semble que le sol se dérobe sous eux; qu'ils sont poussés en avant ou entraînés dans un mouvement de giration, le plus souvent ils ne tombent pas, car ils ont le temps de s'accrocher à un meuble, à un arbre, quelquefois la sensation est de si courte durée que le malade fait deux ou trois pas, comme ivre, puis reprend sa marche comme devant.

Chez certains sujets un bruit un peu fort suffit à provoquer le vertige, d'autres fois ce sont des procédés thérapeutiques : une irrigation dans le conduit, une douche d'air, etc.

Mais de toutes les causes occasionnelles, les plus fréquentes sont les actes physiologiques : la mastication (Lannois), la déglutition, le fait de se moucher, de bâiller, d'éternuer, etc., tous les mouvements en un mot capables de déterminer dans la caisse des changements de pression et qui dans l'état d'intégrité de l'appareil auditif ne donnent lieu à aucun phénomène seront au contraire les agents provocateurs du vertige dans certaines conditions pathologiques sur lesquelles nous insisterons plus loin.

Les bourdonnements, avec la diversité habituelle des sensations qu'ils provoquent, précèdent et accompagnent le vertige; ils manquent cependant dans beaucoup de cas. L'état nauséeux a été fréquemment noté; dans quelques cas il est le phénomène qui prend la plus grande importance et qui attire plutôt que le vertige l'attention du

malade, sa présence est loin d'être aussi constante que dans la forme paroxystique où il manque rarement.

La céphalalgie, l'état semi-syncopal, la persistance pendant plusieurs heures quelquefois un jour ou deux et davantage d'un état vertigineux, privilèges des grands types classiques ne s'observent pas fréquemment dans sa forme atténuée. La surdité n'évolue pas non plus de la même façon que dans les grands types vertigineux, mais sa marche et son pronostic sont tellement variables, selon les affections qui lui donnent naissance, que nous ne pouvons essayer d'en donner une idée même approximative. Cette étude rentre du reste dans le cadre de la pathologie spéciale.

CHAPITRE II

Du Syndrome de Ménière chez les jeunes sujets.

Le vertige auriculaire des jeunes sujets n'a pas encore sa place dans le cadre nosologique, les auteurs qui ont pu l'observer et l'étudier semblent l'avoir complètement assimilé au vertige de l'adulte, car ils n'y consacrent aucun article spécial et ne cherchent même pas à en préciser le diagnostic. Il semble cependant que le syndrome de Ménière soit digne par les caractères qu'il présente dans l'enfance et l'adolescence d'être l'objet d'une description spéciale.

La première partie de ce chapitre est destinée à montrer que le vertige auriculaire a pu se rencontrer dans le cours d'un grand nombre de maladies aiguës, en partie déformé ou masqué par les symptômes généraux et vraisemblablement passé souvent inaperçu.

La grande majorité sinon toutes nos observations ont trait au syndrome de Ménière survenant en pleine santé.

symptomatique de lésions chroniques de l'oreille; provoqué par les mêmes causes occasionnelles que celui de l'adulte, mais évoluant en général avec des caractères différents sur lesquels nous nous réservons d'appeler l'attention; leur étude formera la seconde partie de cet article.

« En comparant sans idée préconçue, dit von Troeltsch, les symptômes de l'affection dans le cours de laquelle les enfants sont frappés de surdité en présentant les phénomènes ordinaires de la maladie de Menière, avec les symptômes de la méningite cérébro-spinale épidémique produisant également la perte de l'ouïe, on est frappé de l'analogie qui existe entre ces deux états¹. » Il conclut à un processus inflammatoire localisé au niveau du quatrième ventricule, à une « méningite en miniature » agissant sur les origines du nerf auditif. Von Troeltsch, on le voit, serait bien tenté de rattacher à la méningite cérébro-spinale épidémique la symptomatologie du vertige auditif au moins dans le jeune âge.

Voltolini a décrit la surdité survenant chez les enfants à la suite d'une fièvre violente et brusque, accompagnée de délire, de cris, de vertiges, de vomissements. Ces phénomènes durent six ou huit jours, mais laissent parfois longtemps aux malades une démarche incertaine et vacillante. Voltolini avait attribué ces manifestations auriculaires à une labyrinthite primitive. Knapp et Duplay ont montré qu'il ne s'agissait là que de la propagation d'une inflammation de voisinage (affections des centres nerveux ou plus fréquemment méningite).

¹ Von Troeltsch, *Maladies de l'oreille chez l'enfant*, p. 232-233.

M. Lannois veut bien nous communiquer l'observation suivante :

OBSERVATION I

(Inédite, due à M. le professeur Lannois.)

Méningite probable. — Accidents vertigineux très marqués.

S.... (Joséphine), sept ans. Il y a quatre mois, au moment des grands froids, l'enfant tomba dans un peu d'eau à demi glacée, près d'une fontaine. Un instant avant elle avait couru assez vite, effrayée par un chien. Le soir elle se plaignait d'un peu de douleur entre les épaules et vers 11 heures le père l'entendant vomir la trouva dans son lit les yeux convulsés et paraissant sans connaissance.

Trois jours après (elle avait été vue par Proly), les convulsions reparurent avec les vomissements et l'enfant resta dès lors au lit pendant quinze jours. Elle était à ce moment absolument sourde et est restée ainsi depuis.

Lorsqu'elle put se lever elle présentait des vertiges assez nets, « elle se balançait comme une fiole dans l'eau », dit le père. Elle ne pouvait avancer qu'en se cramponnant fortement aux meubles ; elle ne vomissait plus ; elle se plaignait et se plaint encore d'avoir de temps à autre des bourdonnements. Actuellement il lui arrive encore, quand elle marche, d'être tout à coup mal assurée, de vaciller pendant dix ou quinze pas et de se remettre ensuite à marcher droit.

La surdité est absolue ; elle ne perçoit pas le sifflet. Elle dit cependant entendre le diapason lorsqu'on le met sur les tempes.

Les deux tympanes sont gris à manche saillant, légèrement enfoncés, avec un triangle réduit à une tache à l'ombilic.

Le Politzer n'a rien donné.

Iodure de potassium.

M. Lannois, pense étant donnée l'évolution de la maladie,

qu'il s'agissait bien là d'une de ces formes localisées de la méningite cérébro-spinale épidémique, avec propagation secondaire de l'inflammation au labyrinthe (maladie de Voltini).

Toutes les maladies infectieuses paraissent du reste pouvoir donner lieu à des localisations, sur certaines parties de l'appareil auditif, avec vertiges et délire.

Nous avons sous les yeux une observation de M. Gellé¹, qui nous paraît démonstrative, nous la résumons :

Un garçon de cinq ans est pris vers le quatrième jour de sa pneumonie d'un délire violent. M. Gellé voit le malade le lendemain, l'enfant était rouge, agité, « il cherche à sortir de son lit *comme poussé par une peur* », il se calme et paraît s'assoupir, puis le paroxysme se réveille, « le petit malade se cramponne à sa mère *comme dans la crainte de tomber, comme s'il était pris de vertige* ; il a peur, puis il pousse ses plaintes, tantôt exprimant la crainte, tantôt la douleur ».

Vers le neuvième jour, le délire s'est un peu calmé. Le dixième jour, agitation, *crainte de tomber*..., le matin écoulement abondant de sérosité purulente par l'oreille droite.

Au dix-huitième jour, l'écoulement apparaît à gauche. Dès lors la convalescence marche rapidement.

M. Gellé ajoute : « avant que le tympan ramolli, ulcéré, ne cède et ne livre passage aux sécrétions accumulées et à la muqueuse même, l'effort compressif a lieu sur la paroi interne où viennent s'ouvrir les fenêtres du labyrinthe,

¹ Gellé, Delire ab aure læsa (*Tribune médicale*, 1875, n° 344, p. 293).

réceptacle du nerf auditif; de là une compression énorme subie par ces délicats organes, de là la douleur et les phénomènes subjectifs qui caractérisent le délire *ab aure læsa*.

« Le vertige, le vomissement, le bourdonnement sont le résultat forcé des irritations portées sur le nerf acoustique (expériences de Flourens et de Brown Séquard). De là ces terreurs, ces peurs, ces gestes de l'enfant qui se cramponne, qui se sauve avec des signes de peur obéissant aux sensations subjectives, alors que le délire le rend insensible aux excitations du dehors. »

Steiner avait également signalé cette influence de la pneumonie; il dit en effet « que, si l'on voyait survenir chez un enfant, au décours de la pneumonie, des accidents convulsifs avec vertige et vomissements, il fallait toujours regarder l'oreille, car elle serait constamment lésée¹ ».

Dans l'article signalé plus haut, M. Gellé rapporte le cas d'un enfant qui, à la suite d'une scarlatine à forme angineuse présenta du délire, des spasmes, des convulsions; chaque mouvement déterminait de violentes impressions de terreur qui le faisaient s'accrocher à sa mère. Une ponction du tympan qui donna issue à un écoulement purulent soulagea le petit malade, mais il était trop tard, le pus avait probablement pénétré dans les méninges et l'enfant succomba.

Les complications auriculaires des oreillons ne sont pas heureusement fréquentes chez l'enfant. M. Fournié², qui

¹ Lannois, Du syndrome de Ménière chez les enfants (*Lyon médical*, 1893, n° 12).

² Fournié, Complications du côté des oreilles dans le cours des oreillons (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1885, 206).

a réuni toutes les observations concernant les localisations otiques des oreillons, n'a trouvé que six cas concernant des enfants. MM. Lannois et Lemoine, qui avaient déjà publié, dans la *Revue de Médecine*¹, un important mémoire auquel nous empruntons l'observation qu'on va lire, classaient déjà les localisations auriculaires des oreillons parmi les manifestations *rare*s de cette maladie. L'otite ourlienne, probablement en vertu d'une action élective spéciale, atteint presque exclusivement l'oreille interne, elle y détermine des troubles graves qui se traduisent plus tard par une surdité irrémédiable (Lannois et Lemoine), et, au décours de l'affection par du délire, des vertiges, comme il en survient toujours dans les inflammations aiguës du labyrinthe.

L'observation suivante est due à Moos (d'Heidelberg), elle est résumée ainsi qu'il suit dans le mémoire de MM. Lannois et Lemoine.

OBSERVATION II

Guillaume S..., treize ans, lui est amené le 10 mai 1881. Le père rapporte qu'au mois de février précédent l'enfant fut atteint d'oreillons qui ont duré environ dix jours. Le cinquième jour de la maladie, la surdité se déclara et fut dès l'abord complète; le sixième et le septième jour il eut des vomissements et le huitième jour il avait des étourdissements et perdait l'équilibre lorsqu'il voulait se lever; mais il n'eut jamais de perte de connaissance. Il avait été traité, sans résultat, par l'iodure de potassium.

¹ Lemoine et Lannois, De la surdité complète unilatérale ou bilatérale consécutive aux oreillons (*Revue de Médecine*, 1883, p. 713).

L'examen à l'otoscope montre le tympan droit un peu plus terne que normalement et le gauche un peu plus concave que celui du côté droit.

La perception de la voix est complètement perdue : l'enfant croit entendre le diapason (*ut*² et *ut*³) sur le côté droit du vertex par l'oreille droite, mais il n'entend absolument rien à gauche.

On a signalé également des vertiges dans la rougeole, la diphtérie, etc., nous retrouverons ces affections à l'étiologie.

Lorsque le syndrome de Ménière se montre chez les jeunes sujets en pleine santé, c'est le plus souvent sous sa forme atténuée; nous n'avons jamais rencontré dans nos observations les grands accès de vertige du type apoplectique, la forme continue proprement dite ne paraît pas non plus avoir été jamais signalée. Cependant, dans un cas, on a vu un état vertigineux persister pendant huit jours; nous avons noté également des séries de crises subintrantes, mais non accompagnées de sensations vertigineuses dans l'intervalle des accès.

Les bruits atteignent rarement une grande violence. La plupart du temps ils sont comparés à des sifflements, à des bourdonnements qui peuvent devenir stridents ou atteindre le fracas du marteau; plus souvent ils sont atténués, ils consistent en bruit de sonnerie métallique, d'eau qui tombe, d'eau qui bout, bruit de cigale, de chau-dièrre, etc. Les attaques vertigineuses sont presque toujours précédées d'une augmentation d'intensité de ces bruits qui annonce et accompagne l'accès; celui-ci, comme nous l'avons dit plus haut, n'a jamais la soudaineté et la violence d'attaque de la « surdité apoplectiforme », et, si nous possédons des cas où l'enfant a été

précipité à terre, il faut convenir que la plupart du temps la chute ne s'est pas produite brusquement : souvent le petit malade a eu le temps de se cramponner à sa mère, de s'appuyer contre un arbre, un mur. Une fois la crise commencée, l'enfant, et c'est là le cas le plus ordinaire, est pris de simples sensations de tournoiement dont le sens n'est pas toujours fourni par l'oreille malade ; il lui semble être sur une « plaque tournante » ; d'autres fois il prouve des mouvements de tangage et de roulis ou bien il est attiré en arrière comme par une force irrésistible. Ed. R... vit, dans un de ses accès, le sol se soulever devant lui ; il avança les mains et, ne rencontrant que le vide, il tomba.

Les crises sont susceptibles de varier en intensité, en fréquence et en durée ; nous avons vu qu'elles pouvaient devenir subintrantes.

L'état semi-syncopal qui persiste quelquefois longtemps après l'accès chez l'adulte n'a jamais été observé, non plus que la céphalalgie. En revanche, les nausées, les vomissements ont rarement manqué.

Quant aux bruits subjectifs qui sont un des signes les plus constants du syndrome de Ménière, ils ont pu faire défaut chez quelques malades, ou bien, chez le même sujet paraître dans un accès et être absents dans l'autre. La surdité a une marche variable selon la lésion.

Nous n'insisterons pas davantage ; les observations dont M. Lannois a bien voulu se dessaisir en notre faveur trouvent ici leur place naturelle et donneront mieux que toute description une idée des formes du vertige auriculaire chez les jeunes sujets. Quelques-unes qui ont paru démonstratives, soit au point de vue de la pathogénie,

soit au point de vue du diagnostic, se trouveront au cours de ces articles.

OBSERVATION III

(Lannois, *Lyon médical*, 1893, n° 12.)

Rougeole et coqueluche à l'âge de deux ans. — Coryzas fréquents. — Obstruction des trompes et otite moyenne chronique. — Syndrome de Ménière.

M^{lle} Jeanne A...., âgée de sept ans, vient me voir pour la première fois le 30 avril 1889. Sa mère dit qu'on s'aperçoit d'un peu de surdité depuis un an environ et que la dureté de l'ouïe a augmenté depuis quelques semaines ; elle ne connaît pas la raison de cette surdité. L'enfant a eu la rougeole et la coqueluche il y a cinq ans et elle est très sujette aux coryzas. Mais ses oreilles n'ont jamais coulé. Très fréquemment elle a des douleurs vives qui durent de quelques heures à deux jours ; il y a très probablement à ce moment une poussée inflammatoire sur la caisse, mais qui n'aboutit pas à la suppuration.

Des deux côtés les tympans sont gris, sans triangle lumineux et manifestement enfoncés ; pas de trace de perforation. L'enfant n'entend la montre qu'au contact des deux côtés, elle ne latéralise pas le diapason vertex et l'expérience de Rinne est positive. Après le passage de l'air par l'insufflation de Politzer, elle entend à 12 centimètres de chaque côté ; l'audition moyenne pour ma montre étant de 80 centimètres environ.

L'enfant me fut ramenée le 13 avril 1891. Dans l'intervalle, j'avais appris à la mère à faire le Politzer et l'audition était restée satisfaisante, avec quelques rechutes passagères.

La petite Jeanne a eu des douleurs vives hier dans l'oreille gauche et celle-ci suppure abondamment depuis ce matin avec perforation vers la partie moyenne du segment postérieur. C'est à ce moment que la mère me parle pour la première fois de ver-

tiges qui se reproduisent depuis plus d'un an et qui coïncident assez nettement avec les périodes dans lesquelles l'audition est plus abaissée.

Les vertiges ont été depuis bien observés par la mère à plusieurs reprises. Voici ce qui se passe : tout d'un coup, alors que l'enfant joue, court, écrit ou est à table et mange, elle est prise d'un vertige. Il lui semble qu'elle est sur une « plaque tournante », et qu'elle va être précipitée à terre ; elle ne peut me dire dans quel sens elle tourne. Les yeux sont grands ouverts et hagards, la face est très pâle, les mains agitées de frissons, froides et humides. Elle a des bruits stridents dans les oreilles (il est à noter qu'elle n'a pas de bruits subjectifs dans l'intervalle des accès). Puis elle vomit abondamment ou n'a que des nausées si l'attaque a été plus faible. Elle tombe assez rarement, mais cela lui est cependant arrivé deux fois tout récemment. Aussi a-t-elle une grande frayeur au moment des accès. Elle appelle sa mère et se cramponne fortement aux objets ou aux personnes qui l'entourent.

La crise dure de dix minutes à un quart d'heure, puis le vertige disparaît ; parfois l'état nauséux persiste toute la journée, surtout si la crise se renouvelle. Elle peut avoir en effet deux à trois crises par jour. Le plus souvent l'intervalle est de quinze jours à trois semaines.

Lorsque je revis ma petite malade pour la dernière fois en 1892, la thérapeutique qui a consisté presque uniquement en douches d'air et en traitement local du nez semblait avoir eu un bon résultat ; les accès étaient beaucoup plus espacés et plus légers et l'audition était de 25/80 à gauche et de 35/80 à droite pour la montre.

OBSERVATION IV

(Lannois, *Lyon médical*, 1893, n° 12).

*Coryza avec ozène. — Otite moyenne chronique à droite. —
Tympan cicatriciel à gauche. — Syndrome de Ménière.*

Le nommé B. Bel... (de Boen), six ans et demi, m'est amené le 20 octobre 1892, par des personnes de Lyon, chez lesquelles il est depuis le mois de septembre. Aussi est-il difficile d'avoir des renseignements sur ses antécédents. C'est ainsi qu'on ne sait pas si ses oreilles ont coulé alors cependant que le tympan gauche est manifestement cicatriciel, avec un manche de marteau horizontal et une cicatrice arrondie et déprimée en arrière du manche ; le tympan droit est gris opaque sans triangle, à manche oblique, mais sans trace apparente de perforation.

L'audition est très abaissée : la montre est entendue à 2 centimètres à droite, et au contact fort, osseux à gauche. Il semble latéraliser à gauche, et l'expérience de Rinne est positive à droite, négative à gauche.

Il y a de la rhinite hypertrophique avec écoulement nasal abondant et une légère odeur qui serait plus accusée le matin.

C'est, il y a environ dix-huit mois qu'il a commencé à avoir des vertiges, et depuis cette époque, il en aurait eu au moins dix fois. Presque tous sont survenus le matin, au moment où il descendait du lit ; pris d'un violent vertige, il voyait tout tourner autour de lui, tombait sur le tapis et se mettait à vomir. Il dit spontanément que quand survient l'étourdissement « il a des sifflements dans les oreilles », d'ailleurs il a fréquemment dans les deux oreilles un tintement métallique, « ça sonne », dit-il. Après son accès, il était obligé de rester au lit toute la journée avec des nausées. Ses parents qui tiennent un débit de boissons, ont d'abord cru qu'il avait dérobé quelque bouteille de liqueur et l'ont vertement corrigé.

Depuis qu'il est à Lyon et qu'il est mieux observé, il aurait eu trois vertiges légers et un autre assez violent : il venait de déjeu-

ner un matin et était assis sur un banc. On le vit tout à coup s'appuyer sur une chaise, disant que la maison d'en face tombait en avant et allait l'écraser et que ses oreilles sifflaient. Il vomit ce qu'il venait de prendre, mais il était remis à midi.

Lorsqu'il a du vertige, il ne semble pas avoir la sensation subjective de tournoiement, il a la sensation qu'il tombe la face contre terre et que les objets qui sont en face, les maisons, etc., vont tomber sur lui.

C'est un enfant difficile à mener, peu intelligent, et très peu obéissant. Le père est nerveux, alcoolique, a fait beaucoup d'excès, mais s'est arrêté depuis trois ans. La mère est également nerveuse et paraît avoir eu des crises hystériques au début de son mariage. Une sœur âgée de dix ans bien portante.

Je n'ai vu cet enfant que trois fois. Le Politzer et le massage avaient fait monter l'audition à 12/80 à droite, mais il n'y avait aucune amélioration à gauche. Il est à noter que le massage de l'oreille gauche déterminait un mouvement giratoire de tout mon cabinet; à droite, il ne produisait pas le même effet.

OBSERVATION V

(Lannois, *Lyon médical*, 1893, n° 12.)

Scarlatine à l'âge de cinq ans. — Suppuration probable à cette époque. — Syndrome de Ménière depuis deux ans.

François Th..., âgé de sept ans, est amené à la consultation du bureau de Bienfaisance, le 14 mars 1892. La mère dit qu'on ne s'aperçoit de surdité que depuis six semaines, mais que l'enfant a souvent des crises de douleurs. Il ne paraît pas d'ailleurs avoir été bien observé, car la mère dit que ses oreilles n'ont jamais suppuré, et cependant les deux tympans sont enfoncés, transparents et amincis à reflets multiples, en un mot, nettement cicatriciels. L'audition très basse O D = contact O G = 2 à 3 centimètres, fut rapidement améliorée par la douche d'air et portée à 15/88 pour l'oreille droite et 30/80 pour l'oreille gauche.

L'enfant a eu la scarlatine il y a deux ans, et il est possible que ses oreilles aient suppuré à cette époque; en tout cas, c'est depuis deux ans que sa mère s'est aperçue qu'il avait des vertiges. Dans ce cas il s'assied ou se couche par terre et ne veut plus bouger, parce que tout tourne autour de lui. Quand on lui demande ce qu'il éprouve, il répond qu'il se croit sur une barque qui vacillerait fortement au passage d'un bateau à vapeur (il habite au bord de la Saône, à Vaise, et s'est amusé souvent dans les barques du quai). Dans les premières crises, il vomissait des aliments ou des liquides, et les vomissements persistaient parfois deux jours avec l'état vertigineux. Maintenant il a plus souvent un peu de mal de cœur. Il dit aussi qu'il a des bruits de sifflet ou de marteau.

Il revient le 17 octobre, après avoir passé deux mois à la campagne, il entendait bien et sans vertiges. Depuis son retour, il a eu quelques petits vertiges sans vomissements, mais avec des nausées, il se plaint d'avoir de violents maux de tête.

Le 5 décembre, il eut encore un vertige assez fort avec vomissements glaireux qui durèrent près de douze heures. Depuis il n'a pas été revu.

OBSERVATION VI (inédite.)

(Communiquée par M. le professeur Lannois.)

Coryzas fréquents. — Végétations adénoïdes. — Sclérose du tympan surtout marquée à gauche. — Syndrome de Ménière.

M^{lle} Marie D..., treize ans, de Beaune, se présente pour la première fois le 18 septembre 1893; cette malade est très sujette aux coryzas et a de la peine à respirer par le nez; le Dr Garel lui a enlevé des végétations adénoïdes. C'est à Pâques 1892 qu'elle s'est aperçue d'une surdité de l'oreille gauche dont elle ne peut préciser le début, on lui a déjà fait pour cela des insufflations d'air avec la poire de Politzer, et même le cathétérisme à Dijon et à Beaune, mais imparfaitement, semble-t-il. Elle a eu des bourdonnements

trois mois après s'être aperçue de sa surdité ; ils ont été assez forts tout l'hiver dernier, mais ils ont disparu cet été. Elle dit avoir eu à plusieurs reprises, une fois par mois environ, des vertiges dans lesquels, sans cause appréciable, elle voyait tout tourner autour d'elle et serait tombée, si elle ne s'était assise ou si on ne l'avait soutenue.

Il n'y a pas eu de perte de connaissance. Il y a eu deux fois des vomissements ; le dernier vertige a eu lieu au mois de juin et a été assez fort. L'audition est pour l'oreille droite de 45/80, pour l'oreille gauche de 10/80, puis de 15/80. Elle ne latéralise pas le diapason vertex, la conduction osseuse est mauvaise. L'expérience de Rinne est positive des deux côtés. A l'examen, on constate au tympan gauche une sclérose très nette avec épaissement marqué autour du cercle tympanal, l'absence de triangle, et le pli postérieur très accentué. on aperçoit cependant la longue branche de l'enclume.

A droite, l'aspect est le même, mais la sclérose est beaucoup moins avancée.

La malade fut traitée pendant une quinzaine de jours par l'électrisation, l'insufflation d'air avec la poire de Politzer, on fit quelques cautérisations de granulations pharyngées volumineuses. A son départ, il y avait une amélioration très manifeste de l'audition qui était pour l'oreille droite de 55/80, pour l'oreille gauche de 45 à 50/80.

Elle revient le 28 mars 1894 ; elle a passé un bon hiver au point de vue de l'audition ; les bourdonnements n'ont pas reparu, mais elle a eu à trois ou quatre reprises des vertiges assez forts, qui ont duré environ un quart d'heure et se sont accompagnés de nausées ; elle n'a vomi qu'une fois ; la dernière, il y a environ trois semaines. L'audition a de nouveau baissé à gauche, où OG = 20/80. Elle a de nouveau des végétations adénoïdes qui l'empêchent de maintenir la bouche fermée et qui occasionnent du ronflement la nuit. Ablation de quelques végétations.

Le 1^{er} avril la malade dit qu'elle a eu mal à la gorge hier et qu'il y a encore un peu de douleur et de difficulté de la déglutition. L'amygdale droite est un peu grosse. Elle a eu un violent vertige ce matin en allant à la messe ; elle a été obligée de s'asseoir, car

tout tournait autour d'elle ; elle essaya à deux ou trois reprises de se mettre à genoux sans y réussir, parce qu'elle était entraînée à la renverse ; elle avait des nausées et croit qu'elle aurait vomi si elle n'avait été à jeun. Sifflements dans l'oreille gauche, moins marqués d'ailleurs que dans d'autres vertiges. Elle dit aussi qu'elle se sentait redevenir vertigineuse, lorsque, tout en restant assise, elle tournait la tête à gauche jusqu'à ce qu'elle arrivât à rencontrer un vitrail de couleur vive. La malade repart le 7 avril dans de bonnes conditions.

A droite, l'audition est de 50/80 et à gauche de 45/80.

On a eu des nouvelles de la malade à la fin de septembre ; elle n'a pas eu de nouveaux vertiges.

OBSERVATION VII

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Fièvre typhoïde ayant déterminé la surdité plus marquée à droite qu'à gauche — Syndrome de Ménière.

M. J. B....., dix ans, vient pour la première fois le 15 septembre 1894 ; il est sourd depuis une fièvre typhoïde, il y a deux ans, la mère affirme qu'il n'y a pas eu d'écoulement, il n'avait d'ailleurs jamais rien eu aux oreilles auparavant. Pas d'hérédité. Surdité très accentuée, plus marquée à droite qu'à gauche, il n'entend d'ailleurs la montre que si elle touche le pavillon, la conduction osseuse est très courte, il latéralise à droite le diapason vertex, l'expérience de Rinne est positive. L'enfant a des bourdonnements sous forme « de bruit d'eau qui tombe ou de bruit de cigale » ; ils sont plus marqués à droite et s'accroissent lorsque le malade va prendre des vertiges ; il a en effet des vertiges depuis le mois de février 1893, six mois après sa fièvre typhoïde.

Depuis quinze jours, il était mal à son aise, et voyait tout tourner autour de lui, surtout le matin au réveil. Son premier grand vertige eut lieu le mardi-gras : il se penchait pour caresser un

chien lorsqu'il fut brusquement précipité en avant ; il n'avait pas perdu connaissance et restait étendu par terre avec envie de vomir et put expliquer à sa mère qu'il n'avait pas été renversé par le chien, mais venait d'avoir un étourdissement.

Depuis cette époque, il a eu de fréquents vertiges, jusqu'à deux ou trois par semaine, mais généralement moins forts que celui que nous venons de rapporter ; les nausées manquent souvent. Il est à noter qu'il a fréquemment ses vertiges le matin pendant qu'un professeur lui donne ses leçons.

L'enfant fut d'abord traité par les insufflations d'air avec la poire de Politzer qui n'amenèrent aucune amélioration, si bien que le 29 septembre on pratiquait le cathétérisme ; dès le lendemain, l'enfant entendait beaucoup mieux, et, à la date du 16 octobre, on note qu'il n'a plus présenté de vertiges. L'audition à droite est de 13/80, à gauche de 15/80. Le cathétérisme fut pratiqué dès lors tous les cinq à six jours, et le 22 novembre, l'enfant qui se trouve très bien et n'a plus présenté un seul vertige entend O D = 30/80 ; O G = 45/80.

OBSERVATION VIII

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Chute grave sur la tête, lésions de l'oreille droite. Aggravation l'année suivante après une fièvre typhoïde. — Syndrome de Ménière.

M. Edouard R..., quatorze ans, fit une chute, il y a trois ans, du haut d'un fenil assez élevé sur le sol battu d'une grange, il resta deux jours sans connaissance et eut un léger écoulement de sang par l'oreille droite. Le médecin qui le soignait s'aperçut qu'il était un peu dur d'oreille, mais la surdité ne s'accusa à peu près complète que l'année suivante, après une fièvre typhoïde.

C'est quelques mois après cette fièvre qu'il commença à avoir des vertiges, sans qu'il pût préciser l'époque à laquelle se pro-

duisit le premier, mais il se souvient très bien de ceux qu'il a eus l'été dernier ; son père en raconte un : il vit son enfant tomber par terre et faire des mouvements désordonnés, l'enfant dit qu'il lui semble que la terre se soulève devant lui, perd l'équilibre et tombe. Il se relève d'ailleurs aussitôt sans avoir perdu connaissance et sans avoir vomi, il n'a vomi qu'une fois dans un vertige qui s'est produit un matin, alors qu'il était encore au lit, il vit brusquement tout tourner autour de lui et se mit à vomir abondamment. Il n'a plus eu du reste de vertiges depuis les vacances dernières.

Du côté droit, la surdité est absolue, il latéralise à droite le diapason vertex. L'expérience de Rinne est négative à droite, positive à gauche. Le tympan droit présente un enfoncement manifeste avec pli postérieur très marqué et triangle très réduit d'étendue. Dans le quadrant antéro-inférieur, on trouve une dépression cicatricielle, indice de la rupture tympanique qui semble s'être produite au moment de la chute, il y a trois ans. Quelques séances d'insufflation d'air et de massage ont à peine modifié l'audition à droite où cependant la montre est entendue à 1 centimètre environ.

OBSERVATION IX°

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Écoulement dans les deux oreilles depuis l'âge de deux ans. —

La caisse est à nu des deux côtés. — Végétations adénoïdes. — Syndrome de Ménière à la suite d'une chute sur la tête.

M. So..., quinze ans, de Jujurieux (Ain), a des écoulements des deux oreilles depuis l'âge de deux ans, les conduits sont extrêmement étroits, si bien qu'on peut difficilement examiner les oreilles. On aperçoit des deux côtés la caisse qui est à nu et suppure. Le malade a des végétations adénoïdes, il y a trois ans. Il fit une chute sur la tête et eut à la suite plusieurs fois des vertiges

pendant un mois, ils s'atténuaient ensuite, mais il lui reste une grande tendance à voir tout tourner autour de lui lorsqu'il se lève brusquement. Il donne comme exemple que cela lui arrive à la cave lorsqu'il s'est baissé pour tirer du vin. Il y a trois mois il a eu un assez fort vertige de ce genre en se relevant, après avoir fermé la porte de la cave, il laissa tomber la clef et fit plusieurs pas en titubant. Le lavage de l'oreille lui donne un vertige assez fort. Le traitement commencé le 21 août a consisté en ablations de végétations adénoïdes et en traitement antiseptique de l'oreille.

A la date du 20 octobre, l'oreille gauche est cicatrisée, l'oreille droite a encore un écoulement insignifiant. L'audition est un peu améliorée et le malade n'a plus eu de vertige spontané.

OBSERVATION X

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

*Scarlatine il y a un an. Écoulement des deux oreilles.
Syndrome de Ménière.*

Eug. Gi..., cinq ans et demi, est vu pour la première fois le 5 juin 1893, a eu la scarlatine il y a un an et un écoulement qui s'est arrêté à gauche, mais persiste à droite. Le père raconte qu'au mois de mars il a eu pendant plusieurs jours de suite des accidents qu'il considérait comme vertigineux ; il se cramponnait à sa mère comme s'il était tombé dans le vide, il a eu des vomissements une nuit immédiatement après une de ses crises.

Perforation en bas et en avant à droite ; tympan cicatriciel à gauche où il entend à 35/80, le traitement a peu modifié l'écoulement à droite.

OBSERVATION XI

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Otite suppurée de l'oreille gauche. — Recrudescence au moment d'une rougeole, deux ans et demi après vertige auriculaire. — Guérison.

M. S. G..., neuf ans, a un écoulement de l'oreille gauche depuis

plus de trois ans sans cause connue; il y a trois ans une rougeole a amené une recrudescence de l'écoulement et une otite suppurée à droite. Cette dernière s'est rapidement arrêtée; l'écoulement reparait de temps en temps à gauche.

Le malade se présente le 27 mai 1893, un nouvel écoulement s'est produit depuis le mois de mars et a été précédé de douleurs vives pendant quinze jours. Peu après, il a eu des vertiges assez violents qui se produisaient surtout au moment du lever: il voyait tout tourner, avait des nausées et serait tombé, ce malaise se dissipait dans la journée. L'enfant était obligé de rester couché sur l'oreille gauche parce que le vertige reparaisait chaque fois qu'il tournait la tête à droite, les vertiges ont duré plusieurs jours et n'ont pas reparu depuis. Le tympan droit est enfoncé avec triangle très réduit, mais sans cicatrice apparente; le tympan gauche a une perforation en bas et en arrière à travers laquelle on voit la muqueuse granuleuse.

Grosses amygdales qui ont été enlevées ultérieurement par M. Aubert.

Audition O G = 1/80, puis 2/80.

O D = 30/80 — 35/80 après le Politzer.

Le malade a été soigné par des insufflations de galanol, puis d'acide borique et d'iodol. A la date du 5 décembre la perforation persiste, mais il n'y a plus d'écoulement et O G = 20/80.

L'observation porte en outre que le malade a eu le 9 avril 1894 un vertige léger et de courte durée qui s'est accompagné de vomissements.

Le 18 décembre 1894 le tympan est cicatrisé, il n'y a plus eu de vertige.

O G = 20 à 25/80.

OBSERVATION XII

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Mlle Gr..., quatorze ans et demi, se trouverait sourde depuis six mois. Mais, l'examen montre qu'il y a des lésions beaucoup plus anciennes. Sa mère ne croit pas qu'il y ait eu d'écoulement,

mais à quatre ou cinq ans, elle se rappelle que l'enfant a été sourde pendant quelques mois.

A droite, épaississement de tout le tympan et grosse plaque calcaire, dans le segment antérieur et un peu du haut, manche court, enfoncement, triangle très réduit, à gauche, enfoncement très marqué. Enorme plaque calcaire en forme de fer à cheval.

Elle a dans les deux oreilles un bourdonnement qu'elle compare à un bruit de rivière ou d'eau qui bout. Elle a commencé il y a un mois à avoir des vertiges accompagnés de nausées et de vomissements. Ces jours-ci elle est tombée trois fois de suite un soir.

O D = Contact. O G = 2 à 3 centimètres.

L'expérience de Rinne et l'épreuve de Weber sont négatives.

18 décembre. — O D = contact. O G = 3 centimètres; après le cathétérisme O D = 2 centimètres. OG = 4 centimètres.

OBSERVATION XIII.

(Inédite, communiquée par M. le professeur Lannois.)

Mlle L..., quatorze ans. Large perforation à gauche, tympan cicatriciel à droite, a de temps à autre des bourdonnements et a pris depuis deux ans deux vertiges de courte durée, dont l'un pendant qu'elle assistait à une leçon de solfège et l'autre sur une route, pendant qu'elle se rendait à la campagne.

OBSERVATION XIV

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Le jeune L..., âgé de dix ans, dont les oreilles ont coulé à plusieurs reprises et dont les deux tympans sont cicatriciels avec surdité presque complète à gauche, a parfois des bourdonnements et se plaint facilement que la tête lui tourne. Il n'est jamais tombé.

OBSERVATION XV

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Mlle de la V..., onze ans et demi. Le mercredi de Pâques, a eu un accès de vertige en même temps qu'elle percevait dans l'oreille gauche un violent bruit de machine.

La surdité est liée chez elle à un état catarrhal du naso-pharynx.

OBSERVATION XVI

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Surdi-mutité après une rougeole à l'âge de cinq ans. — Amélioration récente de la surdité. — Syndrome de Ménière.

Marie G..., douze ans et demi, de Vienne, est envoyée par le Dr Frecon le 18 octobre 1894. A l'âge de cinq ans elle eut la rougeole en même temps que son père et son frère; il n'y eut pas d'écoulement d'oreilles; il ne paraît pas y avoir de syphilis chez le père; ses parents n'étaient pas consanguins. L'enfant qui savait parler resta absolument sourde après sa rougeole et perdit presque complètement la parole; à l'heure actuelle, l'articulation est seulement un peu difficile; la mère dit que l'enfant ne comprend absolument qu'au mouvement des lèvres. L'état resta stationnaire pendant trois ans, puis l'enfant recommença à entendre un peu; de fait, elle entend à l'heure actuelle la parole moyenne tout en lisant beaucoup sur les lèvres. Depuis l'époque où l'audition a commencé à réapparaître, l'enfant a commencé à prendre des vertiges, dont la mère parle spontanément. Ils reviennent très fréquemment, souvent deux à trois fois par semaine et durent plusieurs heures; on ne peut rien tirer de l'enfant sinon que tout tourne autour d'elle. Elle ne vomit pas. Elle a des bourdonnements continuels dans les deux oreilles, qu'elle compare au bruit du

chemin de fer et qui sont plus forts pendant les périodes vertigineuses.

Elle entend un peu mieux à droite, car après le Politzer elle perçoit la montre au contact osseux (ce qui n'avait pas lieu auparavant), elle latéralise le diapason vertex à droite et ne le perçoit à gauche que sur l'apophyse mastoïde. L'expérience de Rinne est négative à gauche, positive à droite. Les deux tympans sont enfoncés, le triangle existe des deux côtés, mais très raccourci à droite, on aperçoit la longue branche de l'enclume, il y a une plaque d'épaississement en arrière de chaque côté.

Au 31 octobre, l'enfant perçoit la montre appuyée sur le tragus à droite, mais rien à gauche. La voix moyenne est perçue à droite à 3 mètres ou 3 m. 50. Elle a eu deux vertiges seulement depuis sa dernière visite, la mère fera le traitement avec la poire de Politzer.

Politzer ¹ dit que le pronostic est plus favorable pour la surdi-mutité congénitale que pour celle acquise. Il a vu des améliorations spontanées se produire au bout de quelques années, il aurait même observé dans un cas la guérison complète, et Hartmann cite le cas d'une jeune fille dont l'ouïe s'améliora sans traitement aucun, au point qu'elle put comprendre les mots prononcés directement dans l'oreille. Dans la surdité totale survenue à la suite de localisations auriculaires infectieuses, Politzer dit n'avoir jamais remarqué d'amélioration de l'ouïe. La petite malade dont il est question dans l'observation précédente est cependant un exemple d'amélioration spontanée dans la surdi-mutité acquise, amélioration qui d'ailleurs s'observe quelquefois, notamment sous l'influence de l'éducation de l'oreille chez les sourds-muets.

¹ Politzer, *Maladies de l'oreille*, 709.

CHAPITRE III

Pathogénie. — Etiologie.

Flourens a montré dès 1821 que la section de tous les canaux demi-circulaires déterminait chez le pigeon une ataxie générale des mouvements, violente surtout au début ; que la section isolée d'un canal vertical produisait des oscillations de la tête de haut en bas et de bas en haut ; celle du canal horizontal, des mouvements de droite à gauche et de gauche à droite avec nystagmus ; le sens de ces mouvements est, on le voit, déterminé par le plan des canaux opérés ; la destruction de ces organes amène du vertige, des mouvements de culbute, de rotation, etc.

Ces expériences furent reprises et confirmées par Brown-Séquard, Vulpian, Harless, Czermach, etc., mais dans ces derniers temps, Baginski et Ewald sont arrivés à des résultats différents, et Steiner et Sewall n'ont rien remarqué de spécial chez le poisson après l'ablation des canaux demi-circulaires, peut-être faut-il chercher la

cause de ces résultats contradictoires, dans ce fait démontré par Lussana, qu'on peut détruire le labyrinthe et les canaux demi-circulaires, sans provoquer de phénomènes vertigineux, à condition de ménager les nerfs ampullaires. Quoi qu'il en soit, pour la plupart des physiologistes, les conclusions de Flourens restent classiques et incontestées.

La clinique et l'anatomie pathologique viennent en aide à la physiologie dans la démonstration de l'influence des lésions labyrinthiques sur les phénomènes vertigineux.

Il est un fait d'observation commune qu'une rotation rapide du corps autour d'un axe vertical amène dès qu'on s'arrête des troubles de l'équilibre, et cela en dehors de toute condition pathologique. Sur 200 personnes dont l'ouïe était normale, une seule n'a pas éprouvé le vertige de rotation (James).

Dans le même ordre d'idées, un lapin attaché sur une planche que l'on fait tourner rapidement présente, dès qu'on lui a rendu la liberté, une démarche incertaine, et Mac Bride et James ont provoqué chez le cobaye par une violente rotation, de véritables crises d'épilepsie qu'ils attribuent à une excitation des canaux demi-circulaires.

Les choses se passent tout autrement chez les sourds-muets dont l'appareil auditif et surtout l'oreille interne présentent souvent des lésions profondes. Les troubles de l'équilibre sont rares chez eux (Mygind).

James a constaté que, sur 519 sourds-muets, 186 n'éprouvaient pas de troubles de l'équilibration dans les mouvements de rotation du corps, 134 éprouvaient des vertiges d'une façon très faible; le reste ressentait des troubles de l'équilibre comme les individus normaux.

Un autre auteur (Kreidl) a récemment fait construire

un appareil qui lui a permis de mettre en évidence le nystagmus dans le vertige de rotation, et il a constaté que 55 sourds-muets sur 109 ne présentaient pas les mouvements oculaires qui existaient chez 49 sur 50 des individus normaux. Il établit un rapport entre cette absence de mouvements des yeux et la fréquence des lésions des canaux demi-circulaires chez les sourds-muets ¹.

Dans la surdi-mutité acquise aussi bien que dans la surdi-mutité congénitale, on a observé des lésions ne portant pas seulement sur l'oreille interne mais aussi sur tout l'appareil conducteur du son ; c'est ce qui explique pourquoi la concordance des résultats, en tant qu'absence de vertige, n'est pas absolue dans tous les cas.

Voici du reste ce qui a été trouvé dans les rares autopsies qu'on a eu l'occasion de faire. On a noté dans la surdi-mutité congénitale « des malformations des osselets, un arrêt de développement des canaux demi-circulaires, l'absence des canaux membraneux et de la lame spirale, la terminaison des canaux en cul-de-sac, l'arrêt de développement du limaçon, l'absence totale de l'oreille interne du nerf acoustique du labyrinthe ou de quelques-unes de ses parties, l'absence de la fenêtre ronde, etc... »

Dans la surdi-mutité acquise « l'atrésie des conduits auditifs, des inflammations catarrhales ou purulentes de l'oreille moyenne avec destruction plus ou moins complète du tympan et des osselets, la présence de fausses membranes dans la caisse et l'immobilisation des osselets, la carie et la nécrose du labyrinthe, l'atrophie des circon-

¹ Ces détails sont extraits d'un article de Mygind in *Handbuch der Ohrenheilkunde* d'Hermann Schwartz, 1893.

volutiones internes des lobes cérébraux postérieurs, celle des lobes pariétaux (Wernicke, Ferrier), la destruction de l'organe de Corti avec névrite parenchymateuse du nerf acoustique (Baratoux), des exsudats, des dépôts calcaires ou pigmentaires dans le labyrinthe ¹ ».

Cette simple énumération montre suffisamment que l'oreille interne n'est pas toujours touchée, au reste des irritations ou des lésions portant seulement sur le limaçon ne donnent pas lieu à des vertiges. C'est à Flourens que revient l'honneur de la démonstration expérimentale de ce fait. L'illustre physiologiste avait en effet remarqué qu'on observait des phénomènes différents, selon que les lésions portaient sur le limaçon ou les canaux semi-circulaires ; dans le premier cas, on avait des troubles de l'ouïe, dans l'autre des vertiges². « On sait d'ailleurs que le limaçon tout entier a pu être atteint de nécrose et éliminé, sans qu'on ait observé de troubles de l'équilibration³. » Moos a constaté de même que l'absence des canaux demi-circulaires ne détruit pas l'audition et M. Gellé a montré à la Société de Biologie qu'on n'observe aucun trouble des mouvements ni de l'équilibre après la disparition de la cochlée chez le cobaye.

Ces expériences ont aujourd'hui leur confirmation anatomique. Les origines de la VIII^e paire se font en effet (Mathias Duval, Erlitzky) par deux racines provenant l'une d'un noyau de petites cellules ganglionnaires situées au

¹ Lévi, *Maladies de l'oreille*, 405.

² Labadie-Lagrave, Du vertige auditif (*Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie*, 1875, n^o 7).

³ Gellé, *Du vertige de Menière*, loc. cit.

niveau de plancher du quatrième ventricule ; l'autre d'un noyau de grandes cellules placées dans les pédoncules cérébelleux ; « c'est cette dernière racine qui va en grande partie se perdre dans les parties centrales du cervelet et qui donne naissance à la branche ampullaire du nerf auditif qui se distribue aux canaux semi-circulaires (nerf de l'espace) (Mathias Duval, Cyon).

L'anatomie pathologique et la physiologie s'accordent pour démontrer que toute lésion portant soit sur le cervelet, soit sur la branche ampullaire du nerf auditif en un point quelconque de son trajet, donne lieu à des phénomènes semblables à ceux que l'on observe après l'irritation des canaux semi-circulaires : « le vomissement, le nystagmus, la rotation, la giration, le tournoiement, les vertiges sont des réflexes cérébelleux » (Charcot ¹).

Telles sont les quelques notions d'anatomie, de physiologie et de clinique qu'il était utile de rappeler. Quant au mécanisme intime du vertige et à l'interprétation à donner aux résultats de l'observation expérimentale, on trouve en parcourant les auteurs les opinions les plus différentes. Nous nous contenterons de résumer succinctement, d'après Beaunis et les traités classiques, les théories les plus célèbres.

D'après Flourens « les canaux semi-circulaires représentent les organes modérateurs du mouvement. Quand un canal est détruit, il y a mouvement irrésistible de ce côté, et, il y a dans les canaux autant de force modératrice que de direction principale². »

¹ Cité par Gellé, *Maladies des oreilles*, p. 517.

² Langlois et de Varigny, *Physiologie*, 855.

Pour les uns (Brown-Séguard, Lowenberg), il s'agirait d'une action réflexe due à l'excitation, soit des fibres sensibles de l'acoustique, soit des canaux demi-circulaires ; pour d'autres (Vulpian), d'un vertige auditif retentissant sur tout l'organisme.

Goltz pense que les canaux demi-circulaires sont destinés à donner à l'animal la notion de la position de sa tête. La direction de chaque conduit correspond en effet à une des dimensions de l'espace « et les lésions de ces conduits, ne permettant plus à l'animal de juger de la position normale de sa tête et par suite de celle de son corps dans l'espace, déterminent le vertige ». (Beaunis.)

Cyon a proposé une explication encore plus complexe : D'après ¹ lui « les canaux semi-circulaires sont les organes du *sens de l'espace*, c'est-à-dire que les sensations provoquées par l'excitation des terminaisons nerveuses dans les ampoules de ces canaux serviraient à former nos notions sur les trois dimensions de l'espace ; les sensations de chaque canal correspondraient à une des dimensions.

« Ces sensations se transmettraient des canaux semi-circulaires à des centres nerveux encore indéterminés (cervelet?) centres qui interviennent à leur tour dans la distribution de l'innervation musculaire (muscles de l'œil, muscles maintenant l'équilibre, etc.)

« Après les opérations sur les canaux demi-circulaires, les accidents sont dus non seulement au vertige visuel produit par le désaccord entre l'espace vu et l'espace formé par les sensations dues aux canaux demi-circulaires, mais encore aux troubles attei-

¹ Beaunis, *Physiologie*, t. II, p. 735-736.

gnant les muscles dont les animaux se servent de préférence pour s'orienter dans l'espace. »

Telles sont les principales théories.

En somme, le mécanisme par lequel se produisent les troubles de l'équilibration reste encore mystérieux et aucune des explications données jusqu'ici ne paraît incontestable.

Sous l'influence des idées de Flourens et de l'expérimentation physiologique, la lésion des canaux demi-circulaires a été considérée comme la condition *sine qua non* du vertige auriculaire par les premiers cliniciens qui l'ont étudié chez l'homme et il faut reconnaître que le résultat des autopsies qui furent pratiquées par Ménière, Politzer, Voltolini et Gruber était bien fait pour donner créance à cette manière de voir : dans ces quatre cas, on a trouvé constamment des lésions des canaux demi-circulaires et du labyrinthe.

Par la suite, des faits nouveaux ont été rapportés et ont permis de modifier cette opinion dans ce qu'elle avait d'exclusif. On a vu que, si les canaux demi-circulaires jouaient en effet un rôle capital dans la genèse du vertige, il n'était pas besoin pour le produire d'une lésion appréciable macro- ou microscopiquement, mais que dans la grande majorité des cas toute exagération de la pression intra-labyrinthique, sous l'influence des causes les plus diverses, suffisait pour déterminer des troubles de l'équilibre.

M. Feré, dans une autopsie de vertigineux du type classique, a constaté dans le conduit auditif externe, « la présence d'un bouchon cérumineux énorme avec enfoncement du tympan, imperméabilité des trompes, ankylose de

l'étrier, sclérose complète de la caisse, mais le labyrinthe était normal ¹. »

M. Gellé qui a fait l'examen nécroscopique de trois malades de la Salpêtrière, atteintes de vertige de Menière a reconnu dans les trois cas une sclérose complète de la caisse sans lésion de l'oreille interne.

Mon maître M. le professeur Lannois, dans l'autopsie du nommé L..., qui avait présenté des signes non douteux de vertige de Menière, a vu que des deux côtés la chaîne des osselets était enfermée dans une gangue de tissu conjonctif que des tractus fibreux fixaient aux parois de la caisse ; la sclérose était plus marquée à gauche où les fenêtres ovale et ronde étaient envahies par du tissu conjonctif.

Le vertige auriculaire peut être provoqué par les causes les plus diverses.

Expérimentalement l'excitation galvanique placée aux apophyses mastoïdes peut donner naissance au vertige en dehors de toute condition pathologique, vraisemblablement par l'excitation des terminaisons du nerf ampullaire.

Cliniquement toutes les lésions de l'appareil auditif primitives ou secondaires aiguës ou chroniques peuvent devenir la cause de troubles de l'équilibre, le vertige ne se produira toutefois que lorsque certaines conditions anatomiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin à propos de la physiologie pathologique seront réalisées.

Les affections aiguës ont une action incontestable sur la

¹ Lannois, *Lyon médical*, 1887, n° 41.

production des vertiges. Les complications otiques des maladies infectieuses ne sont pas rares, mais elles peuvent passer complètement inaperçues, elles surviennent surtout dans les formes graves, elles produisent rarement des vertiges au cours même de l'affection, mais ces phénomènes peuvent apparaître plus tard sous l'influence des désordres apportés dans l'appareil auditif. Nous ne saurions trop insister sur ces manifestations vertigineuses à longue échéance, symptomatiques d'anciennes localisations infectieuses, car nous trouvons à l'étiologie de la grande majorité de nos observations la rougeole, la coqueluche, les oreillons, etc.

Nous donnons ci-dessous quelques chiffres empruntés à un travail récent ¹ qui permettront de prendre une idée assez exacte de la fréquence des complications auriculaires dans les maladies infectieuses :

Tobeils sur 40 cas de rougeole compliquée a observé 19 affections auriculaires; 19 également sur 22 cas mortels. Sur 1.500 malades atteints d'affections de l'oreille et vus dans une seule année, Haug a noté la scarlatine à l'origine 434 fois, Schmalz a trouvé qu'elle avait été dans 4.26 pour 100 des cas, la cause de la surditité. 12 à 28 pour 100 des otites purulentes ont eu la scarlatine pour point de départ; d'après les statistiques elle aurait une part de 5 à 10 pour 100 dans l'étiologie de toutes les affections de l'oreille.

Les complications otiques seraient beaucoup moins fréquentes dans la diphtérie que dans la scarlatine, elles

¹ Garnault, Les maladies infectieuses dans leurs rapports avec les maladies de l'oreille (*Semaine médicale*, 1894, n° 1).

se montreraient du reste tardivement. « Parfois la gorge étant encore libre et l'oreille moyenne indemne, on voit apparaître brusquement des symptômes labyrinthiques présentant l'allure du complexus de Menière, les phénomènes précoces sont dus à l'invasion du labyrinthe par le bacille de Klebs qui détermine l'érosion des vaisseaux, des thromboses et des hémorragies, mais qui pénètre surtout par les lymphatiques et l'aqueduc du limaçon. » (Garnault.)

On a noté dans l'épidémie d'influenza de 1889-1890 des complications otiques dans 12 pour 100 des cas, dans la forme nerveuse on a observé des « symptômes labyrinthiques, vertiges, vomissements, hyperacousie d'abord, anesthésie acoustique ensuite. »

On connaît l'influence de la méningite cérébro-spinale sur l'apparition de la surdi-matité, l'épidémie de 1864-1865 en Prusse a beaucoup augmenté le nombre des sourds-muets (Hartmann).

La pneumonie a, paraît-il, produit rarement des localisations auriculaires.

Les complications otiques des oreillons seraient fréquentes d'après M. Garnault, M. Lannois est d'un avis contraire (V. *Revue de médecine*, 1883, p. 723), M. Fournié a émis la même opinion (*Archiv. de Méd. et de Pharmacie militaires*, 1885).

On a vu des complications otiques dans la fièvre typhoïde dans 2 à 4 pour 100 des cas simples, et d'après Lutchau dans 8 pour 100 des cas où il se produit une rechute.

Wundt, sur cent soixante-seize oreilles de varioleux examinées, a seulement trouvé la caisse saine sept fois ;

Moos aurait rencontré des streptocoques dans le labyrinthe.

Dans le typhus exanthématique, les localisations auriculaires sont fréquentes 50 pour 100 des cas (Murchison), 30 pour 100 (Hartmann).

Les maladies constitutionnelles sont capables de créer de toutes pièces le syndrome de Ménière. M. Gellé a vu des fluxions articulaires d'origine goutteuse disparaître en même temps que se manifestaient de violents symptômes labyrinthiques.

M. Bouchard a donné du vertige goutteux la description suivante : « Le malade est pris subitement, tout tourne autour de lui ou bien il se sent emporté dans un mouvement giratoire, soit qu'il pivote autour de son axe, soit qu'il ait la sensation de la culbute. Il perçoit en même temps des bourdonnements et des sifflements, il a de l'angoisse, des nausées, des vomissements. J'ai vu ce grand vertige se reproduire par accès paroxystiques reliés entre eux par un état nauséux et vertigineux habituel ; il se perpétua ainsi pendant plus de dix années et cessa totalement au moment de l'apparition du premier accès de goutte. J'ai vu chez le même malade un accès de goutte supprimé brusquement par le colchique, céder la place à l'état vertigineux qui n'a cessé depuis qu'à de rares intervalles, la goutte n'ayant, d'ailleurs, pas reparu¹. »

On a signalé des complications auriculaires dans la leucoythémie ; notre maître, M. le professeur Lannois, en a rapporté une belle observation avec autopsie². Tantôt

¹ *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 289.

² L. Manificat. *Des complications auriculaires au cours de la leucocythémie*, th. de Lyon, 1891.

les lésions n'atteignent que la caisse où l'on trouve des hémorragies plus ou moins étendues dans la muqueuse; il y a alors presque toujours surdité; d'autres fois, on a trouvé dans le labyrinthe et notamment dans les canaux demi-circulaires de véritables néoformations leucocythémiques, le plus souvent il s'agit de véritables hémorragies ayant détruit tout ou en partie l'appareil récepteur du son ou les canaux semi-circulaires (Manificat). C'est en pareil cas qu'on a vu se manifester les bourdonnements, les bruits subjectifs, les nausées, les vertiges, tous les signes en un mot qui constituent le syndrome de Ménière (obs. de Lannois, de Blau).

La suppression d'hémorragies habituelles (hémorroïdes) la ménopause ont également une influence certaine.

Les règles peuvent donner lieu tantôt à la forme bruyante du syndrome de Ménière, plus souvent à sa forme atténuée. On connaît l'observation célèbre de Ménière : une jeune fille ayant voyagé de nuit par un grand froid, étant à une époque cataméniale, éprouva une surdité subite, elle eut des nausées, des vomissements, des vertiges qui survenaient au moindre mouvement. Elle mourut le cinquième jour. A l'autopsie, on trouva les canaux semi-circulaires remplis d'une matière rouge, plastique. Rien dans le limaçon. Rien à la moelle ni à l'encéphale.

La plupart du temps les choses n'en arrivent pas là et le vertige prend la forme atténuée si habituelle chez les jeunes sujets.

Nous résumons ci-dessous une observation de M. Gellé;

¹ Gellé, *Arch. de neurologie*, 1883.

il s'agit d'une jeune fille de seize ans, qui présenta un état vertigineux, cet état jugé d'abord purement nerveux fut reconnu être dû à une congestion de la muqueuse auriculaire complémentaire des règles, dans un appareil auditif, présentant, il est vrai, quelques lésions légères.

OBSERVATION XVII

Jeune fille, seize ans, bien réglée, sujette aux affections de la gorge et du nez.

Il y a cinq ans, la malade a déjà été prise de vertiges avec léger bruissement d'oreille. Au moment du printemps, il y eut diarrhée passagère.

L'enchifrènement et l'altération sombrée de la voix se sont accrus ces jours-ci, après la venue régulière des règles. De plus, un état d'obnubilation avec léger bourdonnement d'oreilles est apparu, parfois même il y a un léger tintement, et alors la malade dit qu'elle souffre de la tête, au front, aux tempes; sa tête est comme molle, dit-elle; elle éprouve par moments un tremblement de jambes avec faiblesse. On dirait qu'elle va se trouver mal, elle reste étourdie, et craint de tomber.

Ni vomissement, ni sueurs froides, douleur frontale vive.

Audition de la montre à 1^m 50 à droite à 1^m 20 à gauche.

Diagnostic. — Légère congestion de la muqueuse auriculaire complémentaire des règles. Obstruction de la trompe gauche. Sans doute un léger relâchement du tympan prédisposait à l'exagération de sa voussure, la malade ayant déjà eu quelques troubles auriculaires après une otorrhée légère, il y a deux ans.

L'épreuve des pressions ne laisse aucun doute sur l'existence d'une lésion de l'oreille, méconnue et impossible à constater *de visu* comme cause du vertige. Cette crise passagère terminée, les intermittences sont revenues normales.

On a noté le vertige après une exposition au soleil, un accouchement (Knapp).

On a vu survenir des accès vertigineux ressemblant à ceux du syndrome de Menière dans certaines formes de la syphilis cérébrale (Fournier).

En revanche, les lésions tuberculeuses peuvent évoluer en silence, amener même la destruction du labyrinthe et du rocher tout entier, sans que le malade ressente ni vertige, ni douleur, il éprouve seulement quelques bourdonnements de tonalité basse et de la surdité (Garnault).

On a observé le syndrome de Menière au milieu des accès de malaria, il est comme eux intermittent, il s'est manifesté surtout dans les fièvres paludéennes des tropiques.

Le sulfate de quinine donne lieu à des troubles de l'équilibration et de l'audition et à des bourdonnements (ivresse quinique). Kerchner a observé une femme qui présenta des accès vertigineux semblables à ceux du syndrome de Menière après l'usage prolongé de l'acide salicylique, la suppression du médicament amena une guérison rapide et complète. Le même auteur a vu qu'on pouvait provoquer chez des animaux par l'administration de sulfate de quinine et de salicylate de soude des congestions intenses de l'oreille moyenne avec hémorragies labyrinthiques (*in* thèse de Weill).

Le syndrome de Menière a été vu coïncidant dans l'ataxie locomotrice avec des lésions extra-labyrinthiques du nerf auditif (Pierret, Marie et Walton¹); dans la

¹ Marie et Walton, Troubles vertigineux dans le tabes. (Vertige de Menière tabétique, *Revue de Médecine*, 1883, p. 42).

sclérose en plaque avec des lésions cérébelleuses et avec presque toutes les affections aiguës ou chroniques du cerveau et de ses pédoncules.

Le traumatisme doit occuper dans l'étiologie une large place. Sans parler du coq de Vulpian et de Signol qui, à la suite d'une bataille où il reçut un coup de bec au niveau de l'oreille, présenta des phénomènes vertigineux des plus nets, on pourrait citer des cas nombreux où l'apparition du syndrome de Ménière a coïncidé avec la propagation d'une fracture du crâne au labyrinthe (Voltolini, Politzer), avec la perforation brusque d'une fenêtre labyrinthique (Boeters), avec l'attouchement de l'étrier isolé au fond de la caisse (Gellé), avec une irrigation de l'oreille dans un cas de communication anormale de la caisse et du labyrinthe (Schwartz¹), Bonnenfant² résume une observation de Brunner relative à un violent vertige provoqué par la douche d'air.

OBSERVATION XVIII

Une jeune fille de la campagne, âgée de quatorze ans, forte et vigoureuse, que l'auteur traitait pour un catarrhe chronique de l'oreille, est prise, tout à coup, pendant l'application d'une douche d'air, d'une hémiplegie gauche et d'un violent vertige, mais sans perte de sentiment. L'hémiplegie disparaissait au bout d'un quart d'heure, et la malade put regagner sa demeure, distante au moins de deux milles. L'ouïe de la malade ne souffrit nullement de cet accident.

¹ Cité par Weill, th. d'Ag., p. 45.

² Th. de Paris, 1874.

L'observation suivante est empruntée à un important mémoire de M. Guye, paru dans la *Revue de Médecine*¹ où l'auteur s'attache à démontrer que le sens de la rotation des objets se fait du côté de l'oreille malade. Cette observation est, à un autre point de vue, intéressante pour nous, car elle relate un des rares cas, publiés jusqu'ici, de vertige auriculaire dans l'adolescence.

OBSERVATION XIX

En novembre 1874, je fus appelé chez Mlle de B..., qui était sous le traitement de M. le D^r Gildmeester. Cette jeune demoiselle, âgée de seize ans, était convalescente d'une fièvre typhoïde, et fut attaquée par une inflammation très violente de l'oreille moyenne et interne du côté gauche. Il y avait perforation de la membrane du tympan, excroissances polypeuses de la muqueuse de la caisse, obstruction catarrhale de la trompe d'Eustache, douleur, bourdonnements et vertige. Elle était obligée de rester couchée et avait beaucoup de peine à se tenir debout ou à marcher. Lorsque je lui faisais passer de l'air par la trompe d'Eustache, suivant le procédé de Politzer, elle tournait la tête sur le côté droit avec une violence vraiment effrayante. Comme cela se répétait tous les jours, je prenais la précaution de lui faire appuyer la tête dans son coussin, sur la joue gauche. Au moment où l'air passait, elle venait frapper le coussin de la joue droite, en décrivant un angle de 150 degrés, et s'étonnait alors de se trouver là. Sur mon interrogatoire, elle répondait qu'elle avait eu la sensation de rotation opposée. La rotation réelle était absolument inconsciente et réflexe, provoquée par la sensation violente. La malade resta quelques semaines dans un état dangereux. Au mois de juin suivant, je notai un rétablissement complet : ouïe normale, tympan régénéré. Il n'y a point eu de récurrence.

. ,
.

¹ Guye, Le vertige de Menière (*Revue de Médecine*, 1880).

L'excitation de la branche ampullaire de la VIII^e paire est la condition *sine qua non* de la production du vertige, la clinique, la physiologie le démontrent de la façon la plus catégorique.

Dans les processus aigus, cette irritation se fait directement par une phlegmasie primitive ou secondaire du labyrinthe (maladie de Valtolini, oreillons), soit plus fréquemment par l'augmentation de la tension labyrinthique sous la poussée du pus ou des fongosités, qui remplissent la caisse et compriment les fenêtres ovale et ronde.

Le syndrome de Menière pourra dans les affections chroniques de l'oreille, coïncider avec des lésions objectives du rocher ou des canaux semi-circulaires (obs. de Politzer, Valtolini, Menière, etc.); il pourra, comme l'a fait observer Politzer, se produire dans le labyrinthe une sécrétion trop abondante de liquide, des hémorragies, toutes causes de compressions et par conséquent de vertige.

L'action des facteurs que nous venons de signaler est assurément incontestable, l'anatomie pathologique l'a prouvé, mais cet excès de pression a, dans la grande majorité des cas, sa condition pathogénique en dehors de l'oreille interne.

De toutes les causes déterminantes capables de provoquer le vertige, la plus fréquente est peut-être le relâchement du tympan (relaxation des Anglais) coïncidant ou non avec une obstruction temporaire ou permanente des trompes, la sclérose des fenêtres ronde et ovale, l'état congestif de la gorge.

Le relâchement de la membrane tympanique est l'aboutissant commun des affections à marche chronique de

l'oreille moyenne ou externe ; le ramollissement de son tissu qui pourra se scléroser avec le temps, se traduit par une amplitude anormale de ses mouvements et une voussure à l'intérieur de la caisse. De ce fait, il y aura diminution de l'espace réservé à la chaîne des osselets qui, repoussée en dedans, enfoncera la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale d'autant plus profondément que le tympan sera lui-même plus déplacé, la conséquence sera l'augmentation de la pression dans le labyrinthe. Toutefois, le vertige peut ne pas se produire si le déplacement n'est pas trop prononcé et si la fenêtre ronde jouit de son intégrité normale. En effet, si le diaphragme qui obture cet orifice a gardé son élasticité, sous l'influence de l'augmentation de pression, il se portera vers la caisse compensant ainsi la diminution de l'espace périlymphatique. Mais si cette membrane est sclérosée, inextensible, elle ne pourra plus réagir et l'oreille interne privée de sa « soupape de sûreté » éprouvera un choc, une commotion, de là, bourdonnements, vertiges, etc. Si les trompes sont perméables, ces phénomènes se produisent surtout à l'occasion de mouvements physiologiques, tels que la déglutition et qui ont pour effet de déterminer un mouvement de la chaîne des osselets vers la fenêtre ovale. M. Gellé a produit expérimentalement ce vertige en poussant, au moyen d'une poire à air, le tympan et tout l'appareil conducteur du son vers la paroi labyrinthique.

Si les trompes sont obstruées, les choses se passeront tout différemment : l'air contenu dans l'oreille moyenne se résorbera et la pression extérieure n'étant plus équilibrée par une pression à peu près équivalente dans la caisse fixera définitivement par son action sur la membrane tympanique, le déplacement de la chaîne des osselets en

dedans. Le professeur Duplay pense que cette compression continue peut déterminer, à la longue, des lésions labyrinthiques (hémorragies).

L'état de la fenêtre ovale a également une grande importance, la base de l'étrier qui adhère intimement à cette membrane si délicate lui transmet par son jeu normal les vibrations recueillies par le tympan ; à l'état pathologique ses mouvements trop étendus deviennent une cause de souffrance par les modifications brusques qu'ils apportent dans le milieu labyrinthique surtout lorsque la fenêtre ronde fonctionne peu ou pas du tout. Bien souvent par une marche naturelle de la maladie la sclérose gagne la fenêtre ovale, l'étrier par le fait même de ses connexions anatomiques s'ankylose et ne peut plus communiquer de mouvements à la membrane devenue rigide. Du même coup les vertiges sont supprimés en même temps que s'installe une incurable surdité.

Cette sclérose avantageuse souvent, a dans quelques cas des résultats déplorables, lorsque par exemple elle s'établit chez des sujets qui sous l'influence de causes diverses et parfois subites (goutte, rhumatisme, ménopause, hémorroïdes) présentent une congestion extrême de la gorge et de toute la tête. « La cavité close qui constitue le labyrinthe, qui ne peut recevoir en définitive qu'une certaine somme de liquide sanguin à l'état sain se trouve dans l'impossibilité de se prêter à en recevoir un surcroît si les fenêtres sont raidies ou le jeu de l'appareil conducteur limité ; il s'ensuit une compression fatale du nerf labyrinthique. C'est là en effet, l'origine probable des vertiges, du bourdonnement liés aux affections cardio-pulmonaires aux anévrismes des gros vaisseaux du cou ; de

ceux dont se plaignent certains asthmatiques et goutteux. L'examen du pharynx et des trompes éclaire vivement toute cette pathogénie du vertige. Le labyrinthe dont les fenêtres sont raidies ou immobilisées se trouve transformé en une sorte de manomètre de la pression sanguine : le vertige est le signe indiquant une tension exagérée, la commotion ou l'excitation anormale des nerfs des canaux semi-circulaires. La lésion auriculaire moyenne constitue la prédisposition ¹ ».

La commotion labyrinthique peut encore se produire sous l'influence de lésions nerveuses. On sait que le muscle de l'étrier (*laxator tympani*) innervé par le facial a pour effet de limiter l'action du muscle du marteau (*tensor tympani*). Il participera nécessairement à la paralysie de la VII^e paire, il s'ensuivra que l'action du muscle du marteau n'étant plus contrebalancée portera vers le labyrinthe la chaîne des osselets et pour peu que l'appareil auditif ne jouisse pas de son intégrité normale (flaccidité du tympan, sclérose de la fenêtre ronde) il y aura choc, bourdonnements et vertige.

Tels sont les faits suivants ¹ :

« Paralysie de Bell et du muscle de l'étrier (Gowers).

« Burnett, spasme du muscle du marteau se produisant par l'entrée brusque dans un milieu où on fait du bruit (cité par A. Robin).

« Smidekam, vertige par bruit aigu produit par une sirène ³.

¹ Gellé, Du vertige de Ménière (*Archives de Neurologie*, 1883, p. 187-188).

² Weill, th. d'agrég., p. 46.

³ M. Lannois a vu survenir des vertiges violents à l'occasion

« Spasme spontané des muscles (Burnett et Hintan, cité par A. Robin).

« Contracteur du tenseur du tympan (Weber Liel). »

Ces quelques exemples complètent la notion du vertige dit d'accommodation, où l'appareil musculaire est en jeu; nous ferons rentrer dans son cadre, avec MM. Duplay et Gellé, les conditions pathogéniques indiquées plus haut.

« Excès de mobilité de l'étrier, immobilité de la fenêtre ronde » (Gellé, *Arch. de Neurologie*, 1882, p. 280).

Les excitations répétées, subies par les canaux demi-circulaires finissent par créer un état de sensibilité spécial du nerf ampullaire connu sous le nom d'hyperesthésie du nerf acoustique, état dans lequel les commotions les plus légères, les plus insignifiantes suffisent à déterminer l'accès vertigineux, c'est dans ce cas probablement qu'on a observé le vertige réflexe survenant à la suite du simple contact d'un stylet moussé ou d'une goutte d'eau avec le tympan (Axenfeld et Huchard) et dans les affections les plus communes de l'oreille externe.

Les traités classiques nous apprennent que l'acte de bâiller, de se moucher, d'éternuer, le vomissement, la déglutition, — et ils insistent avec raison sur ce dernier point — toutes les conditions, en un mot, capables de provoquer directement ou indirectement des mouvements de la chaîne des osselets vers le labyrinthe, jouent dans un appareil auditif lésé le rôle de causes occasionnelles de l'accès vertigineux.

du claquement d'un fouet; Burckardt-Mérian, à l'audition du coup de sifflet d'une locomotive, la même étiologie se retrouve chez un de nos malades (obs. XXIII).

Dans les mouvements de déglutition, il se produit une sorte d'aspiration de la membrane tympanique par le fait de la tendance au vide qui se manifeste à ce moment dans la caisse ; de là mouvement de pénétration des osselets et de l'étrier et commotion dans le labyrinthe. De là les vertiges si fréquents au moment des repas.

Toutefois, il semble résulter des recherches de M. Lannois¹ que dans ce cas les vertiges pourraient très bien se produire sous l'influence des mouvements de mastication. On sait, aujourd'hui, que le muscle interne du marteau est innervé par la branche motrice du trijumeau² laquelle se distribue en même temps aux muscles masticateurs. Une contraction violente de ces muscles s'accompagnera de la contraction simultanée du muscle interne du marteau qui agira fortement sur le tympan ; cette membrane trop tendue ne pourra plus vibrer, il y aura extinction de l'ouïe, « c'est le tambour trop tendu qui ne donne plus de son ». « Il est vraisemblable, ajoute M. Lannois, qu'en même temps la chaîne des osselets devient plus rigide et par suite, comme l'expérience l'a démontré, moins vibrante. D'autre part, il y a en même temps un choc labyrinthique qui se traduit par un peu de bourdonnement ; j'ai même vu, une fois, une tendance au vertige ». Ce qui n'est qu'indication du phénomène chez un sujet dont l'ouïe est normale pourra devenir vertige confirmé chez tel autre présentant des lésions de son appareil auditif

¹ Lannois, De l'hyperacousie dans la paralysie faciale et de l'influence de la mastication sur l'acuité auditive (*Lyon médical*, 1887, n° 24).

² Le fait a été démontré expérimentalement par Politzer.

(sclérose de la caisse de la fenêtre ronde, etc.). Ces ingénieuses investigations paraissent devoir réduire le rôle étiologique de la déglutition ¹.

Quoi qu'il en soit, voici un exemple que nous prenons entre beaucoup, de ces vertiges survenant à l'occasion d'actes physiologiques.

OBSERVATION XX

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Mlle M. A..., huit ans et demi. On s'aperçoit qu'elle est sourde depuis trois mois, avec des bourdonnements dans l'oreille droite et de légers vertiges. Les deux tympans sont gris avec pli postérieur plus marqué à droite.

On relève dans l'observation, à la date du 29 septembre 1893, *l'enfant dit spontanément que la tête lui tourne quand elle mange*, et à la date du 6 janvier 1894, *a eu hier un vertige en mangeant*.

¹ Dans ces dernières années la pathogénie du syndrome de Ménière a été l'objet d'une conception nouvelle. Voici les conclusions du Mémoire de MM. Peugniez et Fournier (Le vertige de Ménière et l'émotivité, *Revue de Médecine* de novembre 1890, mars et avril 1891).

La lésion du vertige de Ménière ne peut être localisée dans l'appareil auditif.

Ce vertige est cliniquement un syndrome hallucinatoire, étiologiquement un trouble fonctionnel des organes centraux (cerveau et cervelet).

Ceux qu'il frappe appartiennent à la grande classe des émotifs ou des déséquilibrés mentaux.

C'est un stigmate psychique à ajouter à la liste de ceux qui caractérisent la dégénérescence mentale.

Cette observation peut être rapprochée de celle du jeune Li..., chez qui le vertige survint *après avoir mangé le potage*, et qui figure à l'article Diagnostique. Dans la suivante, le vertige est apparu au moment où l'enfant se mouchait.

OBSERVATION XXI

(Inédite, communiquée par M. Lannois.)

Obstruction des trompes à la suite de la rougeole. Accidents vertigineux déterminés par l'entrée brusque de l'air dans la caisse.

Ch. G..., âgé de onze ans, présentait depuis six mois une diminution de l'audition, lorsque, à la suite de la rougeole, il y a trois semaines on s'aperçut qu'il était devenu très sourd. Il a des bourdonnements dans les oreilles, des battements pulsatiles et quelquefois même un véritable bruit de sonnerie. Les tympons sont gris et épaissis des deux côtés.

Il n'entend la montre

OD. = 9/80 OG. = 8/80

Il a de temps à autre de très légers vertiges et n'en a eu qu'un très fort il y a six semaines : *en se mouchant* il fut pris d'un violent vertige avec bourdonnement intense et vomissements abondants ; au bout d'un quart d'heure tout était passé.

L'insufflation d'air avec la poire de Politzer l'améliore rapidement

OD. = 60/80 OG. = 60/80

Il est inutile d'insister sur la rareté relative du vertige auriculaire chez les jeunes sujets ; l'absence dans la littérature médicale de toute description classique ou même d'observations, hors le cas des maladies aiguës, prouve bien que ces phénomènes n'ont pas été souvent remarqués

ou ont été rapportés à d'autres causes ou bien plutôt sont passés inaperçus en raison de leur bénignité.

Quoi qu'il en soit, étant donné cette rareté relative et cette atténuation des formes vertigineuses d'origine auriculaire, survenant en pleine santé, assez générales chez les jeunes sujets (au moins d'après nos observations), il y a lieu de se demander si l'appareil anatomique de l'oreille interne ne présente pas chez eux quelque disposition spéciale qui, par son fonctionnement, permette de modifier ou d'annihiler les excès de pression.

On sait que le labyrinthe osseux contenant le labyrinthe m mbraneux est une cavité close, interrompue seulement en certains points par des ouvertures qui le mettent en rapport direct ou indirect d'un côté avec les enveloppes de l'encéphale (gaines du nerf auditif, aqueducs du vestibule et du limaçon), de l'autre avec la caisse (fenêtres ovale et ronde). Disons tout de suite que la fenêtre ronde, selon l'état de son élasticité, peut jouer un rôle extrêmement important, sur lequel nous avons suffisamment insisté plus haut pour ne pas y revenir ici. L'intérêt principal de la question consiste à savoir si un écoulement facile et rapide des liquides de l'oreille interne peut se faire du côté de l'encéphale à la suite d'un excès de pression. Voici les renseignements anatomiques que nous avons pu recueillir.

Schwalbe a vu des injections poussées dans les espaces sous-durem riens, filer le long du nerf auditif et finalement remplir les cavités p rilymphatiques de l'oreille interne. Axel Key et Retzius ont confirmé les résultats de Schwalbe et ont trouvé qu'on peut remplir les espaces p rilymphatiques par des injections dans les espaces sous-

arachnoïdiens. Cette communication entre les cavités lymphatiques du labyrinthe et celles des méninges n'est qu'accessoire, elle n'a jamais été rencontrée que chez les animaux et elle est rejetée pour l'homme par Weber-Liel (Testut).

« La voie d'écoulement la plus importante pour la périlymphe est constituée par un canal qui suit l'aqueduc du limaçon et qui partant de la rampe tympanique aboutit aux espaces arachnoïdiens et probablement aussi à la cavité arachnoïde (Schwalbe, Hasse, Weber-Liel). »

Chez les vertébrés inférieurs (cyclostomes, poissons osseux), Hasse a décrit une autre voie d'écoulement de la périlymphe qui serait située dans l'aqueduc du vestibule tout autour du canal endolymphatique. « Elle paraît faire complètement défaut chez les vertébrés supérieurs du moins à l'âge adulte, car elle existe probablement durant la période embryonnaire » (Testut).

Boettcher a constaté d'autre part sur des préparations d'enfants et de chats nouveau-nés, que de l'extrémité postérieure renflée du canal de l'aqueduc on voyait partir des canaux très fins recouverts d'épithélium que Kolliker avait déjà signalés chez des embryons de porc. Rüdinger (*Contribution à l'étude de l'histologie de l'oreille*) avait décrit, dès 1870, de petits canalicules très ténus, partant du cul-de-sac endolymphatique qui semble terminer l'aqueduc du vestibule¹.

Tels sont les détails que nous avons pu réunir, la

¹ Ces renseignements sont tirés du *Handbuch der Ohrenheilkunde* de Schwartz et du *Traité d'Anatomie* (organes des sens de M. Testut).

question mériterait de nouvelles recherches ; quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il est permis, d'après les faits cités plus haut, de conclure avec M. Lannois, que « chez l'enfant les communications entre le liquide labyrinthique et les espaces arachnoïdiens par l'intermédiaire des aqueducs du vestibule et du limaçon, ainsi que par la gaine du nerf auditif sont beaucoup plus largement ouverts que chez l'adulte, d'où la possibilité pour l'organe d'échapper plus facilement à la compression. » C'est ce qui expliquerait la rareté du vertige auriculaire chez l'enfant, « ce qui est étonnant de prime abord, les maladies de l'oreille et particulièrement celles du labyrinthe étant certainement plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte¹ ».

¹ Lannois, *Lyon médical*, 1893, n° 12.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Depuis la découverte de Ménière, le diagnostic du vertige d'origine aurale a été fait avec un grand nombre d'affections. Nous croyons devoir rapporter ce qui a été dit sur cette importante question, uniquement étudiée chez l'adulte. Nous nous réservons d'essayer ensuite de donner quelques signes différentiels entre le vertige *ab aure læsa* et les maladies de l'enfance et de l'adolescence présentant une symptomatologie analogue.

Le diagnostic de la congestion cérébrale apoplectiforme ne présente pas de difficultés : l'éréthisme vasculaire qui se traduit par la rougeur de la face et l'injection des yeux, la perte plus ou moins complète de la sensibilité et du mouvement, le retour de la connaissance qui ne se fait que lentement, sont autant de caractères qui ne se rencontrent pas dans l'accès de vertige auriculaire, toujours accompagné d'un état de conscience absolu, de pâleur de la face, etc.

Trousseau dans une leçon célèbre¹ nous a appris à distinguer le vertige *ab aure læsa* du vertige gastrique, lié le plus souvent à une affection superficielle de l'estomac et qui disparaît avec l'établissement d'une maladie grave dans cet organe. Il survient le plus souvent à jeun, au lever il est en général calmé par l'ingestion des aliments, on l'a vu cependant survenir après le repas. Un mouvement brusque, le fait de se retourner, de lever ou de pencher la tête, la vue d'une file de barreaux, d'une étoffe rayée de diverses couleurs ou de bandes parallèles suffisent parfois à le provoquer. Le malade se sent entraîné dans un mouvement de rotation auquel participent les objets qui l'entourent, l'appartement, les maisons voisines, il peut être jeté à terre comme dans le paroxysme du vertige auriculaire. Ces sensations subjectives le suivent dans le lit où il lui semble que sa chambre, les meubles sont saisis dans une sorte de tournoiement, quelquefois il voit comme à travers un brouillard, il a des hallucinations de la vue, de la céphalalgie, des nausées. Le traitement de l'affection gastrique sera un précieux critérium, mais l'examen attentif de l'appareil auditif pourra seul lever les doutes.

Dans certaines formes de la maladie de Bérard on a noté des accès vertigineux tout à fait analogues à ceux du syndrome de Ménière : bourdonnements d'oreille, sensations de rotation, de déplacement, d'élévation ou d'abaissement du sol et du malade lui-même, marche ébrieuse etc. Le diagnostic sera fait par la présence des autres stigmate neurasthéniques (sensation de casque, de vide céphalique,

¹ *Cliniques*, t. III, p. 2 et suivantes.

etc.), et par l'absence de toute lésion du côté des oreilles, etc.

Les vertigès d'origine cérébelleuse et ceux d'origine aurale donnent lieu à des phénomènes parfaitement semblables. Nous avons suffisamment insisté sur les relations anatomiques du nerf ampullaire et du cervelet, pour qu'il soit aisé de comprendre combien la distinction peut-être parfois délicate à établir. Le signe le plus important est l'intégrité de l'appareil auditif dans le cas de lésion cérébelleuse ; s'il vient à manquer on est obligé de se baser sur des caractères bien moins importants et qui sont loin d'être incontestables, tels que l'absence de céphalalgie, de troubles de la vue, dans le vertige de Ménière ¹.

Le diagnostic de l'épilepsie mérite d'être étudié avec attention. Il y a deux sortes d'épilepsie.

1° Une épilepsie symptomatique (épilepsie jacksonienne).

2° Une épilepsie essentielle.

L'épilepsie symptomatique peut, à la rigueur, ne pas s'accompagner de perte de connaissance, et il y a lieu, comme le fait M. Brissaud avec beaucoup de raison, de distinguer trois éventualités.

1° Le sujet assiste au début de sa crise qui lui est annoncée par une aura ; puis perte de connaissance, chute, il ne reprend ses sens que lorsque les convulsions ont cessé.

2° Le sujet, sans perdre connaissance, « ne voit, n'entend, ne perçoit qu'obscurément, il n'a qu'une confuse notion de sa personnalité ».

¹ Charcot-Bouchard, *Traité de Médecine*, t. VI, p. 263.

3° Le sujet voit se dérouler la crise depuis l'aura initiale jusqu'à la dernière secousse musculaire, non seulement il la voit, mais il la sent (Fournier) et peut lui-même la raconter. Presque jamais, en pareil cas, les muscles de la face ne sont intéressés ¹.

Dans l'épilepsie essentielle, la perte de connaissance est constante; toutefois, les attaques proprement dites enrayées par l'action médicamenteuse peuvent être remplacées par des accès vertigineux (Charcot). Dans un cas, d'Ormerod ² (épilepsie traitée par le bromure et l'arsenic), on a noté des sensations de vertige, de tournoiement avec nausées et vomissements qui obligeaient le malade à s'asseoir.

Il semble qu'il y ait lieu, en raison de certaines formes présentées par le petit mal, de faire une distinction un peu subtile peut-être, mais qui mérite cependant d'être notée, entre la perte de connaissance et la perte de la conscience. Un individu est assis à une table de jeu, subitement son regard a dévié ou est devenu fixe, cela dure à peine quelques secondes, puis tout est passé, il reprend ses cartes sans que lui-même et bien souvent ses voisins se soient aperçus de rien, il y a eu perte de conscience, il a été *absent*, isolé du monde extérieur. Le terme de perte de connaissance pourrait être uniquement réservé à la grande attaque.

Le vertige auriculaire ne s'accompagne jamais de perte de connaissance ³; c'est là, d'après M. Charcot, le grand

¹ Brissaud, in *Traité de Médecine*, p. 78-79.

² Cité par Weill, thèse d'agrégation, p. 61.

³ Il semble cependant qu'il ait pu y avoir perte de conscience

signe différentiel d'avec l'épilepsie ; la constatation de ce précieux critérium n'est pas toujours facile.

Ménière et Gowers ont rapporté des cas où il y aurait eu perte de connaissance ; il est probable que l'épilepsie et le vertige auriculaire coexistaient chez les mêmes individus, le fait a été rencontré plus d'une fois, et les crises de mal comitial paraissent aggraver les manifestations du syndrome de Ménière.

La question de l'épilepsie réflexe peut, surtout chez les enfants, venir augmenter parfois la difficulté du diagnostic ; on sait que cette épilepsie est causée par « des irritations du tube digestif » (vers intestinaux ou des organes génito-urinaires, onanisme, calcul, phimosis), et disparaît parfois avec la cause qui l'a provoquée ¹. Elle a été notée également dans les lésions de l'oreille (corps étranger du conduit auditif). Mac Bride et James ont rapporté le cas d'un individu qui, à la suite d'une otite moyenne, présentait des alternatives de grand mal, de petit mal et de vertige de Ménière ², et Megnin a arrêté une épilepsie épidermique sur une niente en tuant des larves d'insectes dans le conduit auditif ³.

L'épilepsie chez l'enfant se présente le plus souvent sous la forme du petit mal, puis les choses vont s'aggravant et, avec l'âge, apparaît la grande attaque et tout son cortège symptomatique.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic du grand mal

« dans quelques cas rares de la forme apoplectique », Lannois, *Lyon médical*, n° 12, 1893.

¹ Despine et Picot, *Maladies des enfants*, p. 485.

² Cité par Weill, th. d'agrég., p. 63.

³ Rapporté par Gellé, *Maladies de l'oreille*, p. 77.

d'avec le vertige de Ménière ; ses caractères sont assez tranchés indépendamment de la perte de connaissance pour ne pas permettre la confusion. Nous désirons surtout appeler l'attention du côté de certaines formes du petit mal (vertiges, absences), dont la séméiologie est parfois bien semblable à celle du syndrome de Ménière.

Voici un passage de Steiner ¹ qui nous paraît donner une idée exacte des types cliniques de l'épilepsie chez les jeunes sujets.

.

« Chez les enfants plus âgés (au delà de deux ou trois ans), l'épilepsie présente fréquemment des différences frappantes dans l'apparition et la marche d'avec l'épilepsie des adultes, surtout sur ce point, que les accès proprement dits n'affectent que des formes légères ou ne sont même qu'indiqués (petit mal), et n'acquièrent toute leur violence que graduellement avec le cours des années (haut mal). Comme début de l'épilepsie nous ne voyons alors souvent qu'un léger vertige ou une contorsion avec pâleur subite des traits du visage, ce phénomène dure à peine quelques secondes ; dans d'autres circonstances les enfants sont en train de traverser la chambre quand tout à coup ils sont surpris par un sorte de syncope telle qu'ils cherchent promptement une point d'appui.

.

Cette description pourrait être rapprochée du tableau

¹ J. Steiner, *Compendium des Maladies des enfants* ((Revu et augmenté par M. Herz et Ludwig Fleischmann, trad. Keraval. p. 173.

symptomatique) fourni par plusieurs de nos petits malades.

Nous n'avons pas, pour distinguer le vertige auriculaire de l'enfant de l'épilepsie, d'autres éléments que ceux que nous avons signalés, à propos de l'adulte et nous avons vu que le signe le plus important était la conservation de la connaissance pendant l'accès dans le cas de vertige auriculaire, il sera bon de s'informer si l'enfant a eu des nausées, des vomissements, ils font défaut habituellement dans l'épilepsie, il est vrai que nous les avons vus manquer aussi chez plusieurs de nos malades. Enfin, l'enfant sera examiné au point de vue de son hérédité, de ses antécédents pathologiques personnels, de sa conformation crânienne, et surtout de l'état de son appareil auditif.

Nous rapportons ici, parmi plusieurs autres, deux observations où l'entourage de nos jeunes malades a pu penser, non sans quelques raisons, à l'épilepsie.

OBSERVATION XXII

(Lannois, *Lyon médical*, 1893, n° 12.)

Chute grave sur la tête à l'âge de cinq ans suivie de diminution de l'ouïe. — Syndrome de Ménière survenu il y a quinze mois après l'influenza.

Le nommé André R..., âgé de huit ans, fait une chute grave sur la tête, à l'âge de cinq ans : en jouant dans un escalier il glissa de tout un étage et fut relevé évanoui avec une large plaie sur le front dont il porte encore la cicatrice. Pas d'écoulement de sang par les oreilles. On s'aperçut alors qu'il faisait répéter. En janvier 1890 il eut l'influenza et depuis ce moment sa demi-surdité s'est encore accentuée et il a des vertiges.

Au premier examen le 13 avril 1891, on constate une surdité

assez marquée. L'oreille droite entend la montre à 1 ou 2 centimètres et la gauche à 4 centimètres. Il est impossible de lui faire latéraliser le diapason placé sur le vertex et l'épreuve de Rinne est positive. Les deux tympans sont clairs, à triangle net, sans lésion appréciable.

J'ai revu cet enfant à de nombreuses reprises pendant les années 1891 et 1892 et je n'ai pas réussi à améliorer sa surdité et ses vertiges ni par le Politzer, ni par le massage de Delstanche, ni par le catéthérisme, ni par l'électricité. Les médicaments interne iodure et bromure de potassium, etc., sont également restés sans résultat. Il ne me paraît pas douteux que la chute n'ait produit des lésions sérieuses dans le labyrinthe.

Le vertige est assez fréquent, car il est rare qu'il se passe plus de trois semaines sans que l'enfant en accuse un plus ou moins violent. Le vertige est souvent précédé de bourdonnement métallique que l'enfant veut faire entendre à sa mère. Dans les cas les plus simples, il s'ajoute simplement au bruit subjectif, un peu d'étourdissement passager. Mais le plus souvent, il voit tout tourner autour de lui pendant un temps variable de 10 minutes à une demi-heure et il lui est arrivé à plusieurs reprises de tomber sur le côté droit. Lorsqu'il ne tombe pas, il se cramponne fortement aux objets qui sont à sa portée. Il est rare qu'il vomisse après l'accès et lorsque celui-ci est passé, l'enfant est dispos comme s'il n'avait rien eu. Un médecin avait parlé à la mère d'épilepsie consécutive à un coup sur le front.

OBSERVATION XXIII.

(Inédite, communiquée par M. Lannois).

Hérédité nerveuse. — Coqueluche à l'âge de cinq ans, ayant déterminé des abcès dans les deux oreilles. — Surdité très marquée à gauche. — Syndrome de Ménière.

M. L..., quatorze ans. Le père a soixante-quatre ans, est très nerveux et serait atteint de tremblement sénile depuis un an,

mère un peu nerveuse, mais pas d'une manière exagérée; pas d'autres antécédents névropathiques. Le malade a eu dans chaque oreille un abcès à l'âge de cinq ans à la suite d'une coqueluche, il semble avoir eu deux récidives de courte durée; il se plaint d'une diminution de l'ouïe très marquée à gauche et de vertiges pour lesquels il m'est adressé par M. le Dr Chaballier, le 9 mai 1894.

Ces vertiges se sont produits pour la première fois au mois de juin 1893; il jouait dans la cour du pensionnat et a dû brusquement s'arrêter et s'appuyer contre un arbre parce tout tournait autour de lui; transporté à l'infirmerie il se mit à vomir et dut y rester huit jours à cause d'un état vertigineux persistant. Il eut de nouveau des vertiges en septembre, en novembre et au mois d'avril dernier pendant les vacances de Pâques.

Les deux plus forts se sont produits le même jour: il était assis dans un fauteuil au milieu de la journée et fut tout d'un coup précipité par terre la tête en avant; le même soir et à table après avoir mangé le potage, il fut pris d'un vertige qui le fit tomber la tête sur la table, la mère dit que ces vertiges durèrent plusieurs minutes, il n'avait pas perdu connaissance, il n'eut pas de vomissements, ni même, croit-il, de bourdonnements. Il lui semble, lorsqu'il a son vertige, qu'on le pousse par la nuque pour le faire tomber; il a la sensation que tout tourne autour de lui et qu'il tourne lui-même.

Examen: Tympan gauche gris, enfoncé, épaissi dans le segment postérieur avec triangle lumineux très diffus mais sans cicatrice apparente. Tympan droit également gris, épaissi, enfoncé avec triangle très réduit et présentant une dépression cicatricielle en haut et en avant. L'audition est très diminuée à gauche où il ne perçoit la montre qu'à l'effleurement du pavillon et à 3 ou 4 centimètres après le cathétérisme. OD. = 40/80 puis 60/80.

Il latéralise à gauche le diapason vertex. L'expérience de Rinne est positive de deux côtés, mais plus fortement à droite qu'à gauche.

Le cathétérisme augmente assez manifestement l'audition qui le 12 mai est: OG = 12/80 et le 16 mai 18/80.

Le 22 mai le malade rapporte qu'il a eu un vertige. Le 29 à 6 heures du matin en faisant ses devoirs, il a eu un nouveau vertige et est tombé la tête en avant sur ses cahiers. La crise a duré quelques minutes; il voyait tourner les objets de droite à gauche il n'a pas perdu connaissance et n'a pas eu de nausées; toutefois il n'a pas mangé jusqu'à midi. La mère a constaté qu'il était plus sourd après et effectivement il n'entend plus qu'à 8/80. Purgatifs répétés. Bromure de potassium, le malade fera des aspirations sur son oreille.

1^{er} août. — Le malade qui a été revu plusieurs fois n'a eu aucun vertige jusqu'à la fin du mois de juillet; dans le courant de cette dernière semaine il a eu trois étourdissements: le premier à la gare: au moment où arrivait le train il est tombé à terre toujours sans perte de connaissance; le second, une autre fois à table et le troisième un soir, ces deux dernières fois il a eu un bruit très net dans l'oreille sous forme d'hallucination; il croyait entendre des cris pareils à ceux de la foule qu'il avait vu piller un magasin sous ses fenêtres à la fin du mois de juin.

A l'heure actuelle le malade va mieux et n'a pas eu de nouveaux vertiges. Son audition est de 18/80.

La maladie de Freidreich, bien que moins facile à confondre que l'épilepsie avec le syndrome de Ménière, présente cependant un certain nombre de caractères qui méritent quelques minutes d'examen. Cette affection offre pour nous un intérêt particulier, car elle est presque spéciale à l'enfance et à l'adolescence (fréquente surtout entre six et quinze ans, passé vingt ans elle est tout à fait exceptionnelle P. Bloch).

Le malade atteint d'ataxie héréditaire confirmée présente une démarche caractéristique, « il s'avance en festonnant les jambes écartées très lourdement et jusqu'à un certain point ressemble à un ivrogne¹. » M. Charcot, en

¹ P. Marie, in *Traité de Médecine*, t. VI, 434.

raison de l'élément d'incoordination qu'on y trouve, à donné à cette démarche le nom de tabéto-cérébelleuse.

« Les vertiges font directement partie de la symptomatologie ordinaire de la maladie de Freidreich ; ils se montrent quelquefois par accès, dans certains cas sont permanents et constituent un véritable état vertigineux qui vient encore compliquer l'incertitude signalée plus haut dans la station de la démarche¹. »

On voit combien ces vertiges offrent d'analogie avec ceux que l'on observe dans le syndrome de Ménière, il existe heureusement entre les deux affections des signes différentiels nombreux et importants.

L'ataxie héréditaire atteint souvent les membres d'une même famille (sur huit enfants sept ont été pris). Elle est caractérisée cliniquement outre les troubles de la démarche et de la station, les vertiges signalés plus haut, par l'abolition des réflexes tendineux rotuliens, par des déformations de la colonne vertébrale (scoliose dorsale) des pieds (varus équin), par des troubles de la parole, pareils à ceux de la sclérose en plaque, par du nystagmus, par des troubles trophiques, des atrophies musculaires, etc., etc. Il y a là des caractères suffisants pour établir un diagnostic qui pourra hésiter seulement au début ; dans ce cas, l'évolution ultérieure pourra servir de guide ; nous en parlons pas de l'instabilité choréiforme (ataxie statique de Freidreich), car un état analogue semble avoir été observé chez des enfants atteints de vertige auriculaire², nous

¹ P. Marie, *loc. cit.*, 437.

² « En dehors des complications fréquentes avec l'hystérie, la maladie de Ménière produit souvent chez les enfants un état sem-

n'avons pour notre compte jamais eu occasion de voir rien de pareil.

Le diagnostic des complications otiques des maladies aiguës et du vertige consécutif ne présenterait pas souvent de grandes difficultés, si le précepte qui veut que, dans le cours des affections fébriles et infectieuses, l'état de l'oreille soit l'objet d'une attention spéciale et constante, était mieux observé. On trouverait fréquemment dans des modifications objectives de l'appareil auditif, la cause de bien des troubles alarmants (délire, vertiges).

Quant aux différentes lésions des oreilles, point de départ des vertiges, leur diagnostic est du ressort de la pathologie spéciale, à laquelle nous ne pouvons que renvoyer.

blable au choréa... » Guye, Le vertige Menière (conclusion 9) (*Revue de Médecine*, 1880, p. 366).

CHAPITRE V.

Traitement et pronostic.

Le vertige auriculaire, du fait de la diversité des lésions susceptibles de lui donner naissance, n'est pas justiciable d'un traitement unique; tous les agents thérapeutiques destinés à agir directement ou indirectement sur l'appareil auditif pourront être employés selon l'occasion. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de récapituler ces divers moyens et leurs indications, nous nous contenterons d'une vue d'ensemble qui nous sera un élément d'importance capitale pour nous aider à donner une idée du pronostic.

Il nous semble que le traitement doit être envisagé d'une façon différente, selon que le syndrome de Menière coïncide avec une affection aiguë ou survient en pleine santé.

Nous avons vu que presque toutes les maladies infectieuses pouvaient donner lieu à des complications soit sur la caisse, soit sur l'oreille interne.

Parmi les maladies infectieuses dont l'action nocive

atteint surtout l'oreille moyenne, on a signalé à des degrés de fréquence divers : la fièvre typhoïde, la scarlatine, la diphtérie, la pneumonie, la rougeole, etc. Au point de vue prophylactique, on doit toujours, dans le cours des maladies éruptives et infectieuses, se préoccuper de l'état congestif de l'arrière-gorge: le naso-pharynx et les trompes sont, en effet, les voies de propagations naturelles de l'agent pathogène.

Les pulvérisations antiseptiques dans le pharynx, les vomitifs auront, dans ces cas-là, une efficacité incontestable; on pourra donner aussi le calomel afin d'agir sur le tube digestif et de faciliter l'élimination des produits toxiques.

Plus tard, lorsque les signes de l'otite apparaissent, on calmera la douleur par les préparations opiacées, la morphine, le bromure de potassium, le menthol. On fera en même temps une révulsion énergique aux apophyses mastoïdes; l'usage des sangsues, des vésicatoires, des pointes de feu a donné de très bons résultats.

Les choses, souvent, ne vont pas plus loin; après une période inflammatoire de courte durée, tout rentre dans l'ordre, mais, d'autres fois, le pus accumulé dans la caisse comprime les fenêtres ronde et ovale: de là, vertiges et délire. Ce sont en des circonstances pareilles que la paracentèse du tympan peut faire cesser d'une façon quasi subite tous ces graves symptômes. Des irrigations d'eau tiède dans le conduit auditif hâteront la cicatrisation du point ponctionné.

Nous sommes moins armés contre les complications labyrinthiques des maladies infectieuses. Le traitement général seul ou aidé de la révulsion pourra donner des

résultats favorables. Dans les cas de propagation de méningite à l'oreille interne, on a obtenu de bons effets de l'emploi de l'opium, de la morphine et du chloral donnés à haute dose.

Il sera bon, dans la période aigüe des otites, de ne pas faire d'insufflations d'air; on s'expose, en agissant ainsi, à transformer les otites simples en otite purulentes, à déterminer des mastoïdites, etc.

Le vertige auriculaire survenant en pleine santé pourra être l'objet tantôt d'un traitement local, tantôt d'un traitement général, et, simultanément, de l'un et de l'autre dans quelques cas.

On a assisté, longtemps désarmé, à l'évolution du syndrome de Ménière, et, comme il arrive en pareille occasion, la thérapeutique a été très diverse. On a donné tour à tour les antispasmodiques, les calmants, les antiphlogistiques, les purgatifs drastiques, le bromure et l'iodure de potassium, le mercure, les toniques, etc. Il ne semble pas qu'on ait obtenu des effets bien brillants de cette médication; la révulsion seule (pointes de feu, vésicatoire, séton) a quelquefois été efficace.

Une conception différente de la pathogénie, en montrant que les lésions causales du vertige auriculaire ne résident pas seulement dans le labyrinthe, mais sont parfois abordables à des moyens directs, a modifié considérablement la thérapeutique et le pronostic.

Le traitement général sera tout d'abord institué s'il y a lieu. Les états congestifs de la tête, consécutifs aux maladies diathésiques, seront traités par les médicaments appropriés (salicylate de soude, iodure de potassium), on ordonne en même temps les pédiluves et

les laxatifs. Le bromure de potassium, l'hydrothérapie, le séjour à la campagne, loin du bruit, seront prescrits dans les formes névrosiques, l'hyperesthésie du nerf auditif, etc.

L'examen attentif de l'oreille et de son fonctionnement apprendra si le traitement local pourra être pratiqué avec des chances de succès. L'excision d'un polype, l'ablation d'un bouchon cérumineux ont fait quelquefois cesser d'une façon presque subite des accès vertigineux qui duraient depuis fort longtemps. Il est moins facile de remédier au relâchement du tympan, cause si fréquente de vertige. L'insufflation d'air par le procédé de Politzer ou par le cathétérisme est d'une utilité de premier ordre. M. Gellé conseille la perforation du tympan avec le cautère électrique, afin de déterminer par le moyen de la cicatrice la rétraction de cette membrane.

Dans l'obstruction des trompes on pratiquera souvent le cathétérisme et la douche d'air dans la caisse et on donnera l'iodure de potassium qui a pour effet de les dilater, on traite en même temps l'état congestif ou inflammatoire du naso-pharynx par des moyens appropriés.

Nous ne pouvons développer la médication des maladies de l'oreille capables de produire le vertige, il y a du reste nombre de lésions contre lesquelles échoue tout traitement direct, telles sont certaines affections de la caisse et toutes celles du labyrinthe. Cependant Knapp se basant sur le rôle de la pression intra-labyrinthique aurait songé à vacuer une partie de la périlymphe. Cette opération péssurément ingénieuse ne paraît pas avoir été jamais pratiquée.

Le professeur Duplay dit que le traitement du vertige de Ménière est presque toujours inefficace. Cette assertion aujourd'hui plus que jamais est trop absolue, car il est certain que des vertigineux chez lesquels toute médication avait échoué ont été améliorés ou guéris par la méthode de M. Charcot considérée actuellement comme le « traitement héroïque » du vertige auriculaire. Il « consiste à administrer de fortes doses de sulfate de quinine de 60 à 80 centigrammes. On donne ce médicament pendant huit ou quinze jours sans tenir compte de l'exaspération apparente, puis on cesse pendant un temps à peu près égal et on reprend ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat cherché¹... »

Le salicylate de soude se prescrit à la dose de 2 à 3 grammes par jour et avec des intervalles de repos comme dans le traitement quinique; il est tout particulièrement indiqué dans l'état vertigineux constant.

L'iodure de potassium est souvent ordonné dans le vertige auriculaire, on en a obtenu souvent de très bons effets. On a proposé aussi le nitrate de strychnine, le nitrite d'amyle, le bromure d'éthyle.

Dans les affections labyrinthiques le meilleur traitement, serait l'électricité (Brenner, Urbanschitsch).

Nous avons donné une idée suffisante du traitement qui est sensiblement le même chez l'adulte et chez les jeunes sujets. Ces derniers, du fait de l'atténuation du vertige qu'ils présentent d'ordinaire, de l'absence habituelle de l'état vertigineux continu et des manifestations dyscrasiques

¹ Feré et Demars, Vertige de Ménière (*Revue de Médecine*, 1881, p. 818).

(goutte, rhumatisme) du côté de l'oreille, privilèges de l'âge mûr ne sont pas justiciables des grands traitements quinique, salicylique, etc. L'électricité, contrairement aux opinions formulées plus haut, donnerait rarement, d'après M. Lannois, de bons résultats. L'insufflation d'air dans la caisse par le procédé de Politzer qui seul pourra être employé chez les jeunes enfants, ou bien chez les sujets plus âgés par le cathétérisme sont les procédés thérapeutiques de choix et ceux qui donnent le plus de succès. On pourra leur adjoindre avec avantage dans beaucoup de cas, le massage du tympan. Le bromure et l'iodure de potassium ont les mêmes indications que chez l'adulte, il va sans dire qu'ils seront administrés avec les ménagements et les doses appropriées à l'âge des malades.

Le pronostic de syndrome de Menière chez les jeunes sujets est très grave lorsqu'il se manifeste dans les maladies aiguës, il indique une propagation au labyrinthe ou sa compression. Toutefois dans l'hypothèse de la survie les conséquences ne sont pas également fâcheuses, dans le premier cas, en effet la surdité complète ou la surdi-mutité sont le résultat ordinaire, dans le second les phénomènes consécutifs (sclérose de la caisse, ramollissement du tympan) prédisposeront aux bourdonnements, aux vertiges et aussi à la surdité, mais comme les parties lésées sont relativement accessibles à l'action thérapeutique directe, on peut espérer modifier leur état.

Lorsque le syndrome de Menière se présente en pleine santé son pronostic dépend de la lésion qui lui a donné naissance et il sera d'autant plus favorable que celle-ci sera plus accessible au traitement local. C'est dire que les affections labyrinthiques sont les moins curables de toutes

(fissures du rocher, hémorragie). Cependant la disparition spontanée des vertiges est possible, probablement par le fait de la destruction des canaux semi-circulaires. Dans les affections de la caisse, on verra, sous l'influence du traitement direct, cesser les phénomènes vertigineux augmenter la capacité auditive et cela avec une rapidité beaucoup plus grande chez les jeunes sujets que chez l'adulte.

CONCLUSIONS

I. Les manifestations vertigineuses du syndrome de Ménière se présentent chez l'adulte sous trois formes principales.

- 1° Une forme paroxystique ;
- 2° Une forme continue avec paroxysme ;
- 3° Une forme atténuée.

II. Le syndrome de Ménière a été observé chez les jeunes sujets ; 1° dans le cours des maladies aiguës et infectieuses où il est caractérisé par un état paroxystique violent, 2° en pleine santé où il revêt presque toujours une forme à accès atténués qui paraît être en dehors des maladies fébriles, celle qui se manifeste le plus souvent dans l'enfance et l'adolescence.

III. La rareté relative et la bénignité de symptômes des formes vertigineuses auriculaires survenant chez les jeunes sujets dans l'état de santé tiennent probablement à

des dispositions anatomiques spéciales à l'âge qui permettent au labyrinthe d'échapper aux excès de pression.

IV. Le vertige auriculaire se différencie : 1° des diverses formes de l'épilepsie : par la conservation de la connaissance pendant les accès et la présence habituelle de nausées et de vomissements : 2° de la maladie de Friedreich par l'intégrité des réflexes tendineux rotuliens, l'absence de nyctagmus de troubles de la parole, de déformations de la colonne vertébrale, des pieds, d'atrophies musculaires etc.

Le syndrome de Ménière apparaissant dans les maladies aiguës est d'un pronostic sérieux. Lorsqu'il se manifeste dans l'état de santé, plus la lésion provocatrice sera accessible au traitement direct, plus les chances de guérison seront nombreuses ; les vertiges d'origine labyrinthique sont donc les plus graves.

Vu, bon à imprimer,

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LÉPINE.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,

LE DOYEN,
LORTET.

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Du syndrome de Ménière chez l'adulte.	11
CHAPITRE II. — Du syndrome de Ménière chez les jeunes sujets	20
CHAPITRE III. — Pathogénie. — Étiologie	42
CHAPITRE IV. — Diagnostic.	62
CHAPITRE V. — Traitement et pronostic	81
CONCLUSIONS.	89

